LE DÉFI
de la responsabilité populationnelle

CSSS CHAMPLAIN

Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire.** Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montérégiennes et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Lucie Sauvé, M.D.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec

Réalisé par la Direction de santé publique, 2005

Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » *(Loi sur les services sociaux et de santé, 1991)*.

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex. : chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

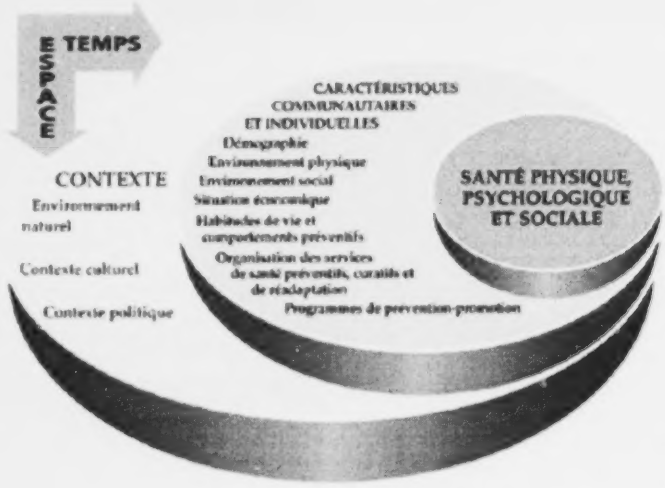
Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population



Adapté de : Shaping a Health Statistics vision for the 21st Century. U.S. Department of Health and Human services *et al.*, 2002

La population du CSSS en bref

Démographie

En 2001, le territoire du CSSS Champlain comptait 187 661 personnes. Cette population comprend 21 % de jeunes de 0-17 ans, 67 % d'adultes de 18-64 ans et 12 % de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23 %, 66 % et 11 %.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient une croissance de la population pour les prochaines décennies. Par rapport à 2001, la population se sera accrue de 4,1 % en 2011 et de 8,6 % en 2026 (Figure 2).

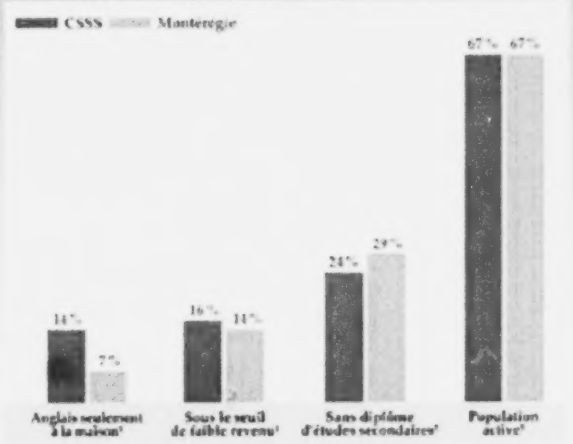
- En 2011, la proportion des personnes de 65 ans et plus de votre territoire (17 %) sera un peu plus élevée que celle de la Montérégie (15 %). Il en sera de même en 2026 (26 % c. 24 %).
- En 2011, le poids démographique des personnes de 65 ans et plus sera à peine inférieur à celui des 0-17 ans (18 %), mais la situation change par la suite. En 2026, 26 % de la population aura 65 ans et plus et 17 % sera âgée de moins de 18 ans.

Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026. CSSS Champlain

Population	2001	2006	2011	2016	2021	2026
■ 0-17 ans	40 240	37 712	35 581	34 782	35 108	34 933
▲ 18-64 ans	125 540	126 404	125 947	123 063	119 571	116 323
● 65 ans +	21 881	27 407	33 902	40 959	46 905	52 554
Total	187 661	191 523	195 430	198 804	201 584	203 810

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS Champlain, 2001



[1] Population de tous âges • [2] Population de 20 ans et plus • [3] Population de 15 ans et plus

Source : Recensement canadien 2001

Caractéristiques socioéconomiques

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- 14 % parlaient uniquement anglais à la maison, ce qui est plus élevé que la valeur régionale ;
- 16 % faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Selon la municipalité, cette proportion varie de 11 % à 32 % sur votre territoire ;
- 24 % des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires. Cette proportion est un peu moins élevée que la valeur régionale ;
- 67 % de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité) ; cette dernière comprend toutefois 6 % de chômeurs.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS Champlain, cette proportion représenterait près de 99600 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie; par ailleurs en 2004-2005, 1610 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS Champlain. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Pe*
Au moins un problème de santé chronique	**63,8**	**99600**
Allergies autres qu'alimentaires	27,5	42930
Maux de dos (autres que arthrite / rhumatisme)	13,5	21075
Hypertension	13,0	20295
Arthrite / rhumatisme	11,9	18580
Asthme	9,9	15455
Migraines	7,5	11710
Allergies alimentaires	6,2	9680
Problème de la glande thyroïde	5,0	7805
Maladie cardiaque	4,9	7650
Diabète	4,3	6715
Cataracte	4,2	6555
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,3	5150
Ulcères à l'estomac / intestin	2,5	3900
Cancer	1,4	2185
Autres problèmes chroniques	9,4	14675

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS
Source : ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

À titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, 43% de toutes les hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne 3569 hospitalisations par année, totalisant 40585 jours d'hospitalisation, soit 42% de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS Champlain, 1999-2003

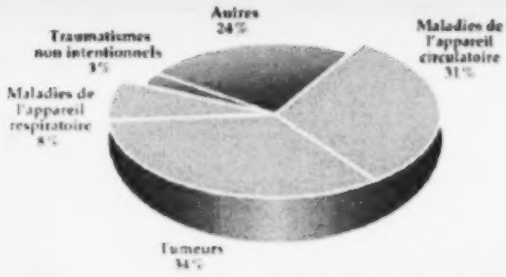
Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	%*	Nb	%**
Tumeurs	973	12	12340	13
Maladies de l'appareil circulatoire	1993	24	21981	23
Maladies de l'appareil respiratoire	606	7	6214	6
Total	3569	43	40585	42

* p/r au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus
** p/r au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

...l'urgence d'agir

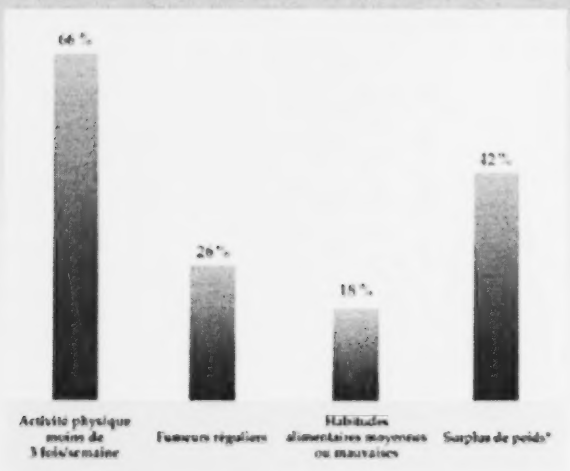
Enfin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 73% des 1061 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS Champlain en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS Champlain, 2000-2001



Source : Fichier des décès MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. CSSS Champlain, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2000

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 66% est sédentaire, 26% fume régulièrement et 18% déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 42% des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.**
- **Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.**
- **Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.**

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prévalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de santé mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale :

- en 2000, 4,7% des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide :

- en 2000-2001, 3% des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois ;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé :

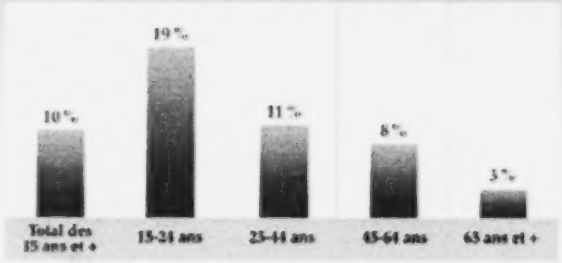
- en 2000-2001, 9% des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale ;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 705 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex.: psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10% des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS Champlain, ceci représenterait environ 14 900 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19%) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à près de 5000 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgré la plus forte prévalence des troubles.

106-04558/

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb ou Fe*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus	8,0	12 690
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus	15,0	23 415*
Insatisfaction face à la vie sociale	15 ans et plus	7,0	10 443
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus	8,7	12 879
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	15 ans et plus	31,3	44 129*

*Fe : Population estimée pour le territoire du CSSS Champlain sur la base du groupe d'âge concerné

Sources : Enquête SOM 2000
ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les troubles mentaux sévères et persistants : une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, près de 190 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », entre 470 et 565 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est requis pour 940 à 1 125 personnes (en 2001).

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.**
- **Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.**
- **Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.**

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS Champlain passera de 21 881 à plus de 50 000 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura plus que doublé par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 94 % des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 6 % se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 28 % des cas.

Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 71 % vivent à domicile et parmi ces dernières, 45 % demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72 % des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67 % en déclarent même plusieurs.

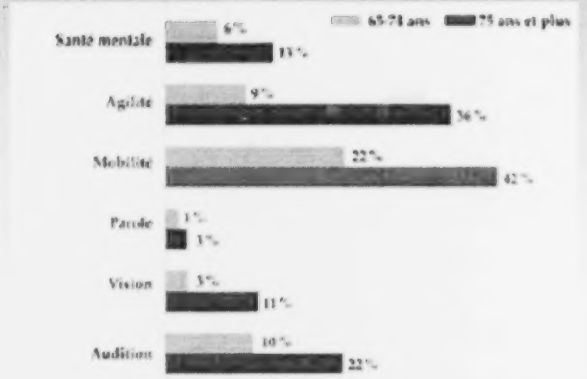
Les problèmes de santé peuvent entrainer différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42 % des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35 %) et une personne sur deux (55 %) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

Figure 7 - Poids démographique[1] des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS Champlain, 2001-2026

	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 65-74 ans	7,0	8,3	10,2	12,2	12,9	13,2
■ 75-84 ans	3,6	4,6	5,3	6,1	7,6	9,3
▲ 85 ans +	1,1	1,5	1,9	2,3	2,7	3,3

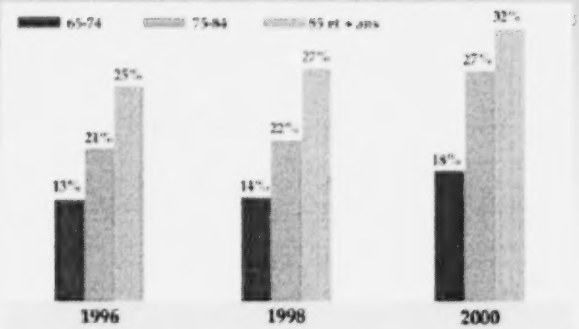
[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

Figure 9 - Polymédication: personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source : RAMQ (Barnard et autres 2001)

Sur votre territoire, 36 % des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 7 520 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15 % de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 en évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

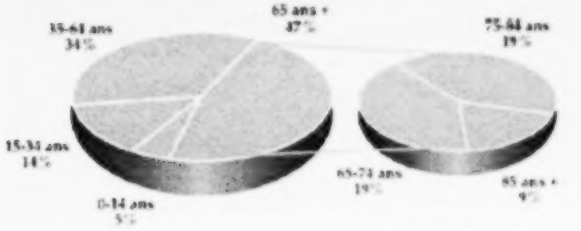
Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Pe*
Risque de dépression : possible ou probable (2001)	5,3	1035
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998)	10,0	1955
Niveau faible de soutien social (2001)	29,7	5810
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001)	24,1	4680

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS Champlain
Sources : ESCC 2000-2001 (Québec)
Enquête sociale et de santé 1998 (Québec)
Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS Champlain, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1999).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, 47 % des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 2 873 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 57 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.**
- **Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.**
- **Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).**

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

L'impact du faible taux de natalité que connait la société québécoise depuis plusieurs années se reflète dans les perspectives populationnelles. En 2001, la population du CSSS compte 40240 enfants de 0-17 ans, mais il est prévu que leur nombre aura baissé à 34782 en 2016 et se maintiendra par la suite. Le poids démographique de cette population diminuera au cours de cette période (Figure 11).

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 23620 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 20% des enfants de moins de 5 ans de votre territoire vivent dans une famille à faible revenu. Cette proportion est de 18% pour les enfants de 6-17 ans.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15% des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

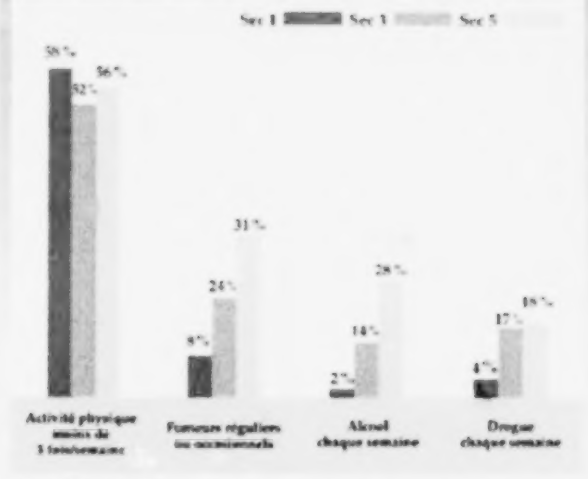
Tableau 6 - Caractéristiques des naissances. CSSS Champlain, 1999-2001

1646 naissances vivantes par année en moyenne

- 5,5% ont un poids insuffisant (< 2500 grammes)
- 7,2% sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 9,4% sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

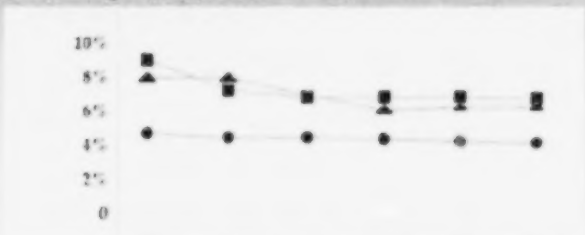
Source: Fichier des naissances, MSSS

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source: DSP Montérégie
Enquête: Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie

Figure 11 - Poids démographique[1] des jeunes de 0-17 ans. CSSS Champlain, 2001-2026



	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 0-4 ans	4,7	4,5	4,5	4,4	4,3	4,2
■ 5-11 ans	8,9	7,2	6,8	6,8	6,8	6,7
▲ 12-17 ans	7,9	7,9	6,9	6,2	6,3	6,3

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source: Institut de la statistique du Québec, 2003

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 74% des bébés nés au CH Charles LeMoyne ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

« Être jeunes et en santé »?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94%) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment :

- *les traumatismes (routiers, récréatifs ou survenant à domicile)* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes ;
- *les infections transmises sexuellement*, en 2004, 70% des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56% entre 1997 et 2002 dans la région ;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment :

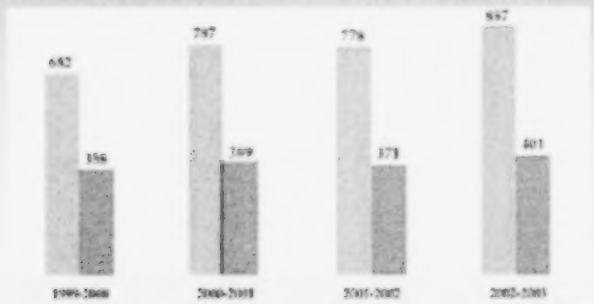
- *à la santé mentale et au suicide* : en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7% présentaient un risque de dépression ; par ailleurs 12% des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents) ;
- *aux grossesses à l'adolescence* : entre 1999 et 2001, en Montérégie, près de 2% des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6% des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans ;
- *aux jeunes contrevenants* : en 2002, 5000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 857 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 47%.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

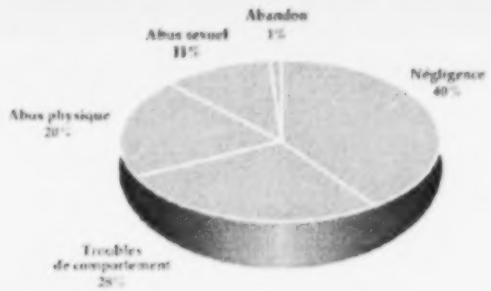
Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS Champlain, 1999-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS Champlain, 2001-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.**
- **Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex. : École en santé), municipal et communautaire.**
- **Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.**

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population : un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle!

Principales sources de données

1. **Données pour le CSSS**
   - Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
   - Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026 Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
   - Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
   - Fichier MED-ÉCHO sur les hospitalisations (MSSS)
   - Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2000 (Direction de santé publique de la Montérégie)
   - Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
   - Rapport I-CLSC FG02R7
   - Système d'information Info-Santé CLSC, 2003-2004
2. **Estimations pour le CSSS** à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment :
   - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)
     Cycle 1.1 - 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ISQ)
     Cycle 1.2 - 2002 Volet santé mentale et bien-être (FUMF)
   - Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
     Enquête sociale et de santé 1998

   Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes concernées sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population ; le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.
3. Exceptionnellement, certaines données se rapportent à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées.* Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie.* Direction de santé publique, RRSSS Montérégie. Direction de santé publique, Longueuil, 193 p.

DESROSIERS, H et coll. (2002). « Grandir dans un environnement en changement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois.* Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2., 65 p.

HAIEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'allaitement dans les CH de la Montérégie. 2004-2005.* Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé.* Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ. Montréal, 68 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale.* Direction générale des services à la population. Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012.* Gouvernement du Québec. Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence.* Direction générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - la santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs.* Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2001). *Le portrait de santé. Le Québec, et ses régions.* Institut national de santé publique. Les publications du Québec. Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec, statistiques évolutives, 1982-1983 à 1997-1998.* MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007. Montérégie. Vers une action renouvelée en santé publique.* Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC.* RRSSS Montérégie. Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ERQ).* Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Souve, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée :

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, E. Savoie et M. Lavoie (2005). *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Champlain*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition : Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique : René Lariviere

Remerciements : Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN : 2-89342-313-2
SANTÉCOM : 16-2005-018

LE DÉFI
de la responsabilité populationnelle

CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT

Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire.** Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montérégiennes et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Jocelyn Sauvé, M.D.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec

Réalisé par la Direction de santé publique, 2005

Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (*Loi sur les services sociaux et de santé, 1991*).

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex. : chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

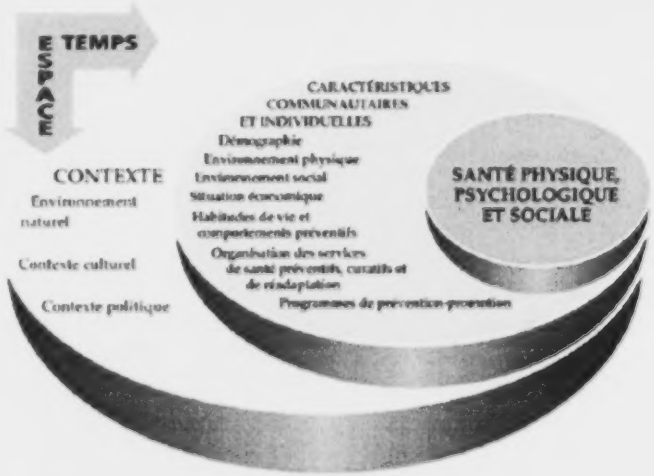
Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population



Adapté de : Shaping a Health Statistics System for the 21st Century. U.S. Department of Health and Human services et al., 2002

La population du CSSS en bref

Démographie

En 2001, le territoire du CSSS du Haut-Saint-Laurent comptait 24 916 personnes. Cette population comprend 25% de jeunes de 0-17 ans, 61% d'adultes de 18-64 ans et 14% de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23%, 66% et 11%.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient une faible croissance de la population pour les prochaines décennies. Par rapport à 2001, la population se sera accrue de 1,6% en 2011 et de 4,3% en 2026 (Figure 2).

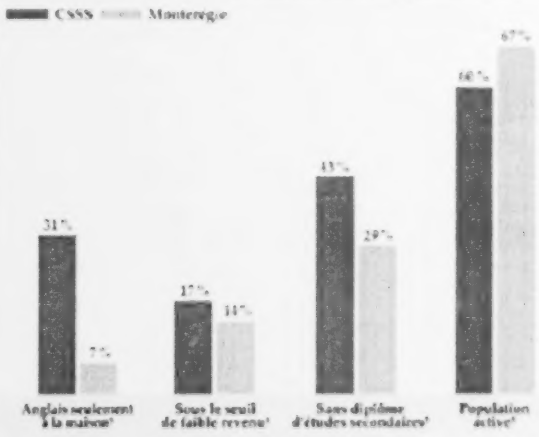
- En 2011, la proportion des personnes de 65 ans et plus de votre territoire (17%) sera toujours plus élevée que celle de la Montérégie (15%). Il en sera de même en 2026 (26% c. 24%).
- En 2011, le poids démographique des personnes de 65 ans et plus sera encore inférieur à celui des 0-17 ans (19%), mais la situation change par la suite. En 2026, il y aura 26% d'aînés et 17% de jeunes sur votre territoire.

Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026, CSSS du Haut-Saint-Laurent

Population	2001	2006	2011	2016	2021	2026
■ 0-17 ans	6197	5457	4738	4422	4445	4437
▲ 18-64 ans	15186	15832	16214	16010	15498	14681
● 65 ans +	3533	3810	4364	5141	5891	6873
Total	24916	25099	25316	25573	25834	25991

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS du Haut-Saint-Laurent, 2001



¹ Population de tous âges • ² Population de 20 ans et plus • ³ Population de 15 ans et plus

Source : Recensement canadien 2001

Caractéristiques socioéconomiques

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- 31% parlaient uniquement anglais à la maison. Il s'agit de la proportion la plus élevée de tous les CSSS de la Montérégie ;
- 17% faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, ce qui est un peu plus élevé que la valeur régionale. Selon la municipalité, cette proportion varie de 7% à 27% sur votre territoire ;
- 43% des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires. Cette proportion est aussi la plus élevée de tous les CSSS de la région ;
- 60% de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité) ; cette dernière comprend toutefois 6% de chômeurs.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS du Haut-Saint-Laurent, cette proportion représenterait près de 12000 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie; par ailleurs en 2004-2005, 196 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS du Haut-Saint-Laurent. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Pe*
Au moins un problème de santé chronique	**63,8**	**11840**
Allergies autres qu'alimentaires	27,5	5103
Maux de dos (autres que arthrite / rhumatisme)	13,5	2505
Hypertension	13,0	2410
Arthrite / rhumatisme	11,9	2210
Asthme	9,9	1835
Migraines	7,5	1390
Allergies alimentaires	6,2	1150
Problème de la glande thyroïde	5,0	930
Maladie cardiaque	4,9	910
Diabète	4,3	800
Cataracte	4,2	780
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,3	610
Ulcères à l'estomac / intestin	2,5	465
Cancer	1,4	260
Autres problèmes chroniques	9,4	1745

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS
Source : ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

À titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, presque la moitié (48%) de toutes les hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne 741 hospitalisations par année, totalisant 7982 jours d'hospitalisation, soit aussi presque la moitié (48%) de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS du Haut-Saint-Laurent, 1999-2003

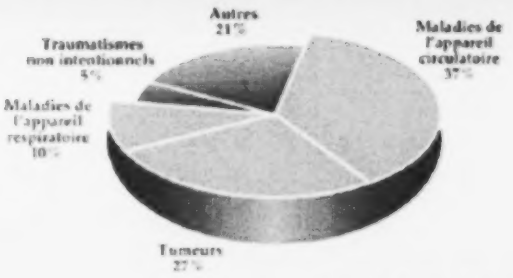
Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	%*	Nb	%**
Tumeurs	155	10	1857	11
Maladies de l'appareil circulatoire	421	27	4323	26
Maladies de l'appareil respiratoire	165	11	1782	11
Total	741	48	7982	48

* p/r au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus
** p/r au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source : Fichier MED-ÉCHO, MSSS

...l'urgence d'agir

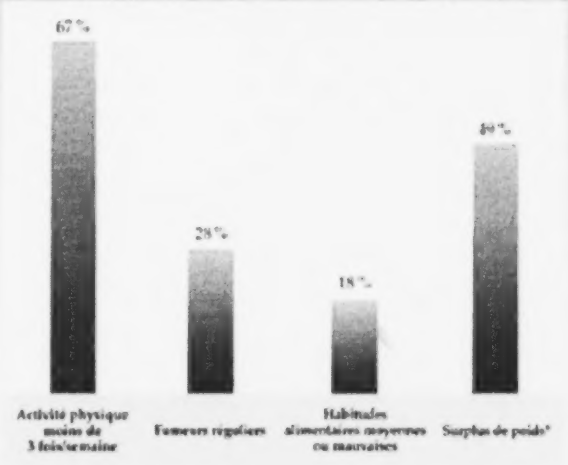
Enfin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 74 % des 212 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS du Haut-Saint-Laurent en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS du Haut-Saint-Laurent, 2000-2001



Source : Fichier des décès MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés, CSSS du Haut-Saint-Laurent, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2000

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 67 % est sédentaire, 28 % fume régulièrement et 18 % déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 49 % des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.**
- **Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.**
- **Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.**

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prévalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de santé mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale :

- en 2000, 5,6 % des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide :

- en 2000-2001, 3% des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois ;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé :

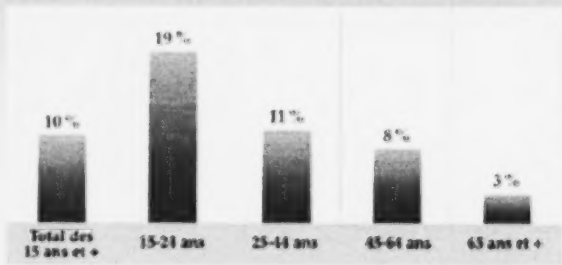
- en 2000-2001, 9% des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale ;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 87 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex. : psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10% des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS du Haut-Saint-Laurent, ceci représenterait environ 1745 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19%) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à environ 581 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgré la plus forte prévalence des troubles.

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb ou Pe*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus	8,0	1 485*
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus	15,0	2 785*
Insatisfaction face à la vie sociale	15 ans et plus	5,8	991
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus	14,9	2 569
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	15 ans et plus	31,3	5 183*

*Pe: Population estimée pour le territoire du CSSS du Haut-Saint-Laurent sur la base du groupe d'âge concerné

Sources : Enquête SOM 2000
ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les troubles mentaux sévères et persistants: une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, 25 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », environ 65 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est requis pour environ 125 personnes.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE: QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.**
- **Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.**
- **Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.**

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS du Haut-Saint-Laurent passera de 3533 à 6873 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura presque doublé par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 94% des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 6% se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 28% des cas.

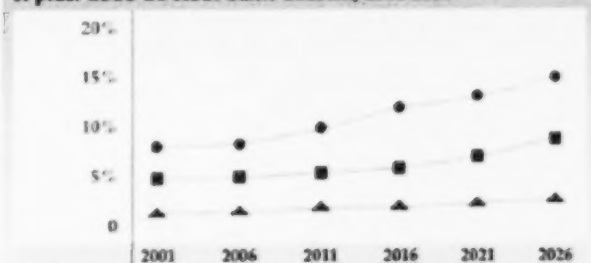
Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 68% vivent à domicile et parmi ces dernières, plus de la moitié (53%) demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72% des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67% en déclarent même plusieurs.

Les problèmes de santé peuvent entraîner différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42% des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35%) et une personne sur deux (55%) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

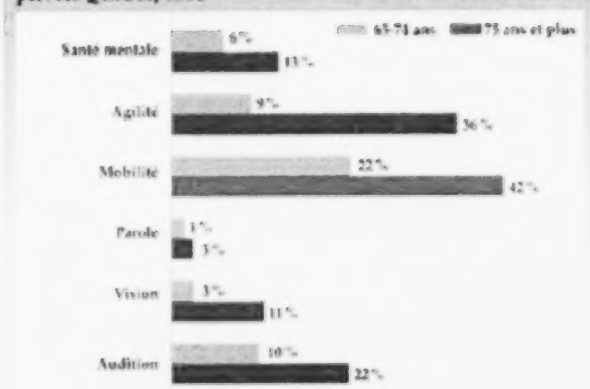
Figure 7 - Poids démographique[1] des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS du Haut-Saint-Laurent, 2001-2026



	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 65-74 ans	8,0	8,4	9,9	12,1	13,3	14,9
■ 75-84 ans	4,8	5,1	5,4	5,8	7,0	8,7
▲ 85 ans +	1,4	1,6	2,0	2,2	2,5	2,8

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



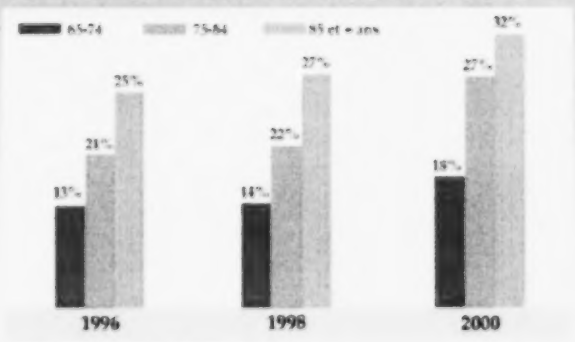
Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

Sur votre territoire, 40% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 1 280 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15% de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

Figure 9 - Polymédication : personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source : RAMQ (Barrand et autres 2001)

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 en évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

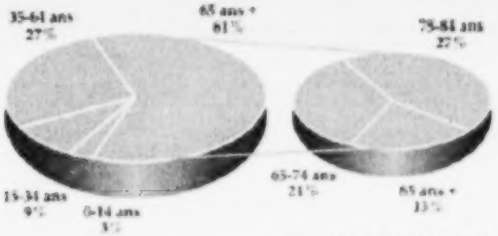
Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Pe*
Risque de dépression : possible ou probable (2001)	5,3	170
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998)	10,0	320
Niveau faible de soutien social (2001)	29,7	950
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001)	10,1	325

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS du Haut-Saint-Laurent.
Sources : ESCC 2000-2001 (Québec)
Enquête sociale et de santé 1998 (Québec)
Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS du Haut-Saint-Laurent, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1999).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, 61 % des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 552 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 60 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.**
- **Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.**
- **Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).**

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

L'impact du faible taux de natalité que connaît la société québécoise depuis plusieurs années se reflète dans les perspectives populationnelles. En 2001, la population du CSSS compte 6 197 enfants de 0-17 ans, mais il est prévu que leur nombre aura baissé à 4 437 en 2026. Le poids démographique de cette population diminuera au cours de la prochaine décennie (Figure 11).

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 2 695 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 28 % des enfants de moins de 5 ans de votre territoire vivent dans une famille à faible revenu. Cette proportion est de 17 % pour les enfants de 6-17 ans.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15 % des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

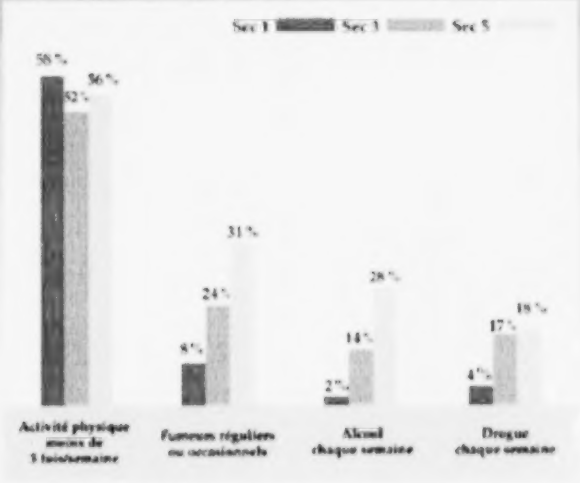
Tableau 6 - Caractéristiques des naissances. CSSS du Haut-Saint-Laurent, 1999-2001

206 naissances vivantes par année en moyenne

- 7,8 % ont un poids insuffisant (< 2 500 grammes)
- 7,3 % sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 19 % sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

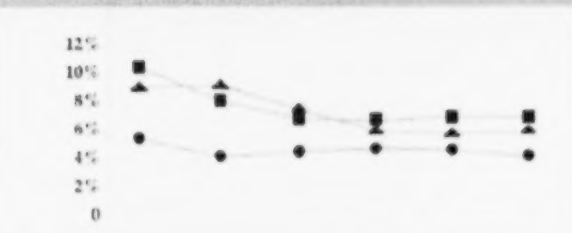
Source : Fichier des naissances, MSSS

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source : DSP Montérégie
Enquête : Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie

Figure 11 - Poids démographique[1] des jeunes de 0-17 ans. CSSS du Haut-Saint-Laurent, 2001-2026



	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 0-4 ans	5,4	4,3	4,5	4,7	4,6	4,3
■ 5-11 ans	10,4	8,2	6,7	6,6	6,8	6,8
▲ 12-17 ans	9,1	9,2	7,6	6,0	5,8	6,0

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 82 % des bébés nés dans un CH de la Montérégie ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

« Être jeunes et en santé » ?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94 %) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment :

- *les traumatismes routiers, récréatifs ou survenant à domicile* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes ;
- *les infections transmises sexuellement* : en 2004, 70 % des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56 % entre 1997 et 2002 dans la région ;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment :

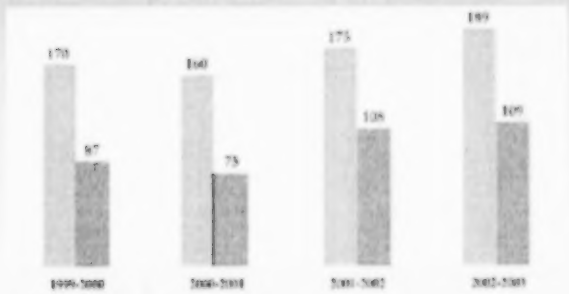
- *à la santé mentale et au suicide :* en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7% présentaient un risque de dépression ; par ailleurs 12% des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents) ;
- *aux grossesses à l'adolescence :* entre 1999 et 2001, en Montérégie, près de 2% des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6% des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans ;
- *aux jeunes contrevenants :* en 2002, 5000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 189 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 58%.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

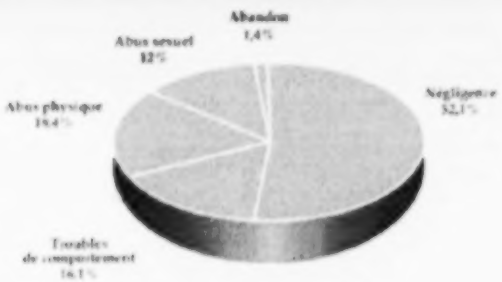
Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS du Haut-Saint-Laurent, 1999-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS du Haut-Saint-Laurent, 2001-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.**
- **Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex. : École en santé), municipal et communautaire.**
- **Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.**

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population : un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle !

Principales sources de données

1. Données pour le CSSS

- Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
- Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026 Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
- Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
- Fichier MED-ÉCHO sur les hospitalisations (MSSS)
- Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2000 (Direction de santé publique de la Montérégie)
- Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
- Rapport I-CLSC RG02R7
- Système d'information Info-Santé CLSC, 2003-2004

2. Estimations pour le CSSS à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment :

- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)
  Cycle 1.1 - 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ISQ)
  Cycle 1.2 - 2002 Volet santé mentale et bien-être (FUMH)
- Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
  Enquête sociale et de santé 1998

Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes concernées sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population; le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.

Exceptionnellement, certaines données se rapportent à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées*. Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1998, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie*. Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 190 p.

DESROSIERS, H et coll. (2002). «Grandir dans un environnement en changement» dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois*. Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2., 65 p.

HAJEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'allaitement dans les CH de la Montérégie. 2004-2005*. Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé*. Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ. Montréal, 68 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Direction générale des services à la population, Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Gouvernement du Québec, Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, Directions générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*, Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2001). *Le portrait de santé. Le Québec, ses régions*. Institut national de santé publique. Les publications du Québec, Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec, statistiques évolutives, 1952-1953 à 1997-1998*. MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007. Montérégie. Vers une action renouvelée en santé publique*. Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC*. RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ)*. Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée :

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, E. Savoie et M. Lavoie (2005). *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS du Haut-Saint-Laurent*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rrsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition : Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique : Rene Lanviere

Remerciements : Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN : 2-89342-M3-2
SANTECOM : 16-2005-008

LE DÉFI
de la responsabilité populationnelle

CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA

Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire.** Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montérégiennes et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Lucie Sauvé, MD

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

Réalisé par la Direction de santé publique, 2005

Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » *(Loi sur les services sociaux et de santé, 1991)*.

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex. : chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

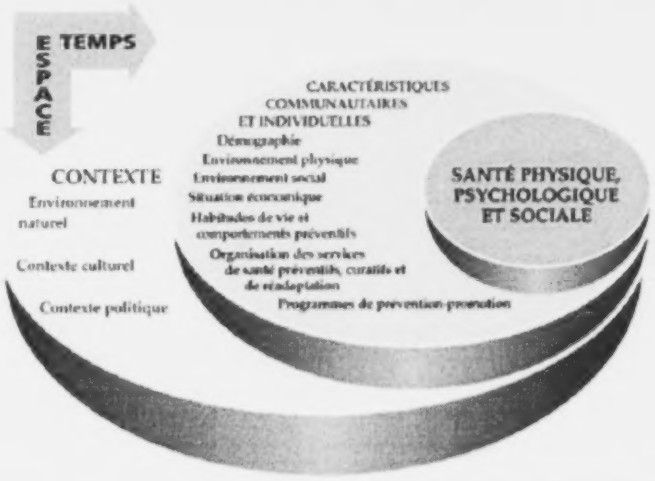
Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population



Adapté de: Shaping a Health Statistics vision for the 21st Century. U.S. Department of Health and Human services et al., 2002

La population du CSSS en bref

Démographie

En 2001, le territoire du CSSS de la Haute-Yamaska comptait 83656 personnes. Cette population comprend 23% de jeunes de 0-17 ans, 65% d'adultes de 18-64 ans et 12% de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23%, 66% et 11%.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient que :

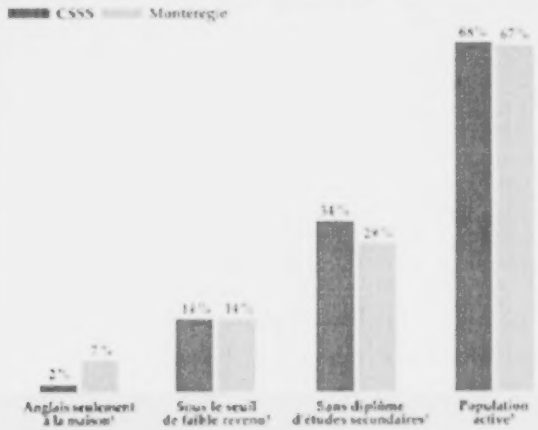
- par rapport à 2001, la population se sera accrue de 8% en 2011 et de 15% en 2026 (Figure 2).
- en 2011, la proportion des personnes de 65 ans et plus de votre territoire (16%) sera à peine plus élevée que celle de la Montérégie (15%). Il en sera de même en 2026 (26% c. 24%)
- en 2011, le poids démographique des personnes de 65 ans et plus sera encore inférieur à celui des 0-17 ans (19%) mais la situation change par la suite. En 2026, il y aura 26% d'aînés et 18% de jeunes sur votre territoire.

Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026. CSSS de la Haute-Yamaska

Population	2001	2006	2011	2016	2021	2026
■ 0-17 ans	18845	18154	17182	17017	17309	17035
▲ 18-64 ans	54564	57371	58919	58520	56632	54097
● 65 ans +	10247	11738	14159	17374	21110	25286
Total	83656	87263	90260	92911	95051	96418

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS de la Haute-Yamaska, 2001



¹ Population de tous âges ² Population de 15 ans et plus ³ Population de 20 ans et plus

Source : Recensement canadien 2001

Caractéristiques socioéconomiques

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- 2% parlaient uniquement anglais à la maison ;
- 14% faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Selon la municipalité, cette proportion varie de 5% à 20% sur votre territoire ;
- 34% des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires ;
- 68% de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité) ; cette dernière comprend toutefois 7% de chômeurs.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS de la Haute-Yamaska, cette proportion représenterait environ 43 400 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS de la Haute-Yamaska. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Pe*
Au moins un problème de santé chronique	**63,8**	**43410**
Allergies autres qu'alimentaires	27,5	18710
Maux de dos (autres que arthrite / rhumatisme)	13,5	9185
Hypertension	13,0	8845
Arthrite / rhumatisme	11,9	8095
Asthme	9,9	6735
Migraines	7,5	5105
Allergies alimentaires	6,2	4220
Problème de la glande thyroïde	5,0	3405
Maladie cardiaque	4,9	3335
Diabète	4,3	2925
Cataracte	4,2	2870
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,3	2245
Ulcères à l'estomac / intestin	2,5	1700
Cancer	1,4	955
Autres problèmes chroniques	9,4	6395

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS.
Source : ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie ; par ailleurs pour l'année 2004-2005, 1 381 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

À titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, presque la moitié (47 %) de toutes les hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne 2441 hospitalisations par année, totalisant 22 578 jours d'hospitalisation, soit aussi presque la moitié (49 %) de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS de la Haute-Yamaska, 1999-2003

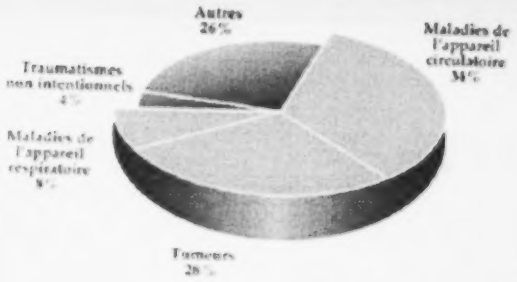
Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	%*	Nb	%**
Tumeurs	569	10	5280	11
Maladies de l'appareil circulatoire	1447	28	13173	28
Maladies de l'appareil respiratoire	426	9	4124	9
Total	2441	47	22578	49

* % / au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus
** % / au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

...l'urgence d'agir

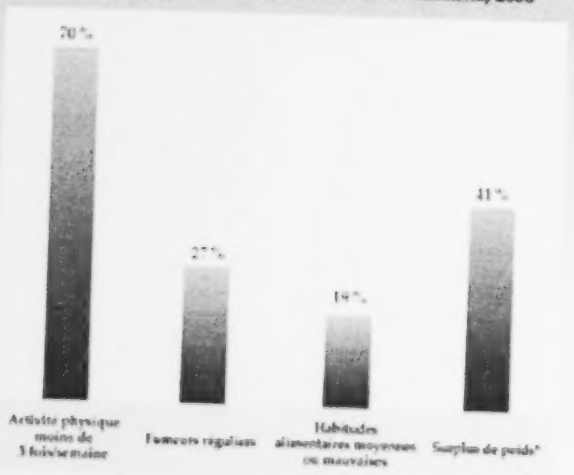
Enfin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 70 % des 642 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS de la Haute-Yamaska en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS de la Haute-Yamaska, 2000-2001



Source : Fichier des décès, MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. CSSS de la Haute-Yamaska, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2000

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 70 % est sédentaire, 27 % fume régulièrement et 19 % déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 41 % des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.**
- **Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.**
- **Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.**

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prévalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de santé mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale

- en 2000, 5,7 % des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide

- en 2000-2001, 3 % des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé

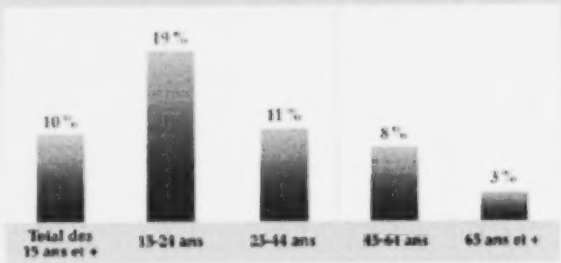
- en 2000-2001, 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 344 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex.: psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10 % des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS de la Haute-Yamaska, ceci représenterait environ 6 480 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19 %) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à environ 2 160 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgré la plus forte prévalence des troubles.

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb ou Pe*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus	8,0	5 445*
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus	15,0	10 203*
Insatisfaction face à la vie sociale	15 ans et plus	3,6	2 440
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus	9,5	5 880
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	18 ans et plus	31,3	19 219*

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS de la Haute-Yamaska sur la base du groupe d'âge concerné

Sources : Enquête SOM 2000
ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les troubles mentaux sévères et persistants : une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, 80 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », environ 210 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est requis pour environ 420 personnes.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.**
- **Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.**
- **Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.**

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS de la Haute-Yamaska passera de 10247 à 25286 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura doublé par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 86% des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 14% se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 33% des cas.

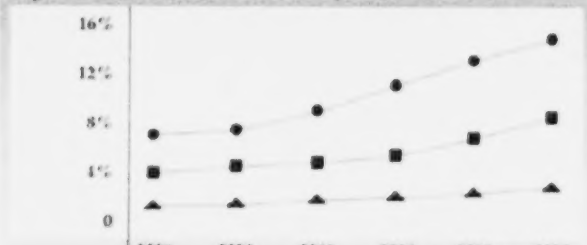
Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 45% vivent à domicile et parmi ces dernières, 42% demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72% des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67% en déclarent même plusieurs.

Les problèmes de santé peuvent entrainer différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42% des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35%) et une personne sur deux (55%) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

Figure 7 - Poids démographique[1] des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS de la Haute-Yamaska, 2001-2026

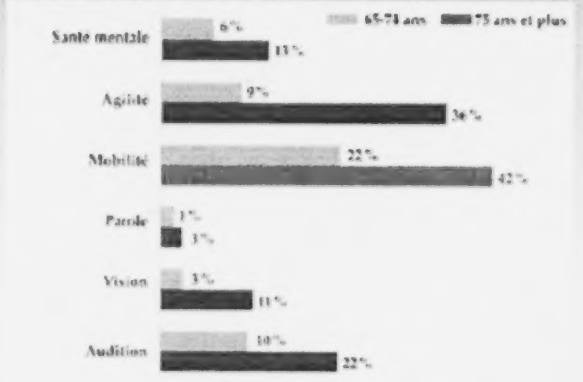


	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 65-74 ans	7,0	7,5	9,2	11,3	13,1	14,9
■ 75-84 ans	4,0	4,6	4,8	5,4	6,8	8,6
▲ 85 ans +	1,3	1,4	1,7	2,0	2,3	2,8

[1] % par rapport à la population totale du CSSS

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



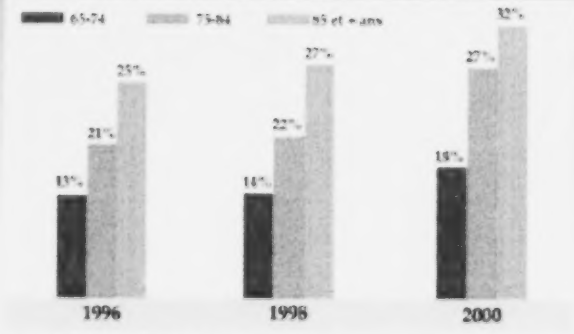
Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998.

Sur votre territoire, 34% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 2935 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15% de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

Figure 9 - Polymédication : personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source : RAMQ (Barnard et autres 2001)

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 en évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

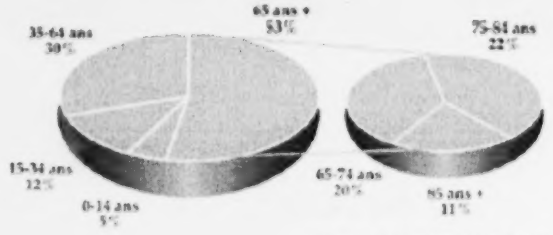
Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Pe*
Risque de dépression: possible ou probable (2001)	5,3	455
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998)	10,0	860
Niveau faible de soutien social (2001)	29,7	2 555
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001)	14,5	1 240

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS de la Haute-Yamaska
Sources : ESCC 2000-2001 (Québec)
Enquête sociale et de santé 1998 (Québec)
Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS de la Haute-Yamaska, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1999).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, 53 % des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 1 147 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 62 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.**
- **Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.**
- **Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).**

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

L'impact du faible taux de natalité que connait la société québécoise depuis plusieurs années se reflète dans les perspectives populationnelles. En 2001, la population du CSSS compte 18845 enfants de 0-17 ans, mais il est prévu que leur nombre aura baissé à 17035 en 2026. Le poids démographique de cette population diminuera au cours des deux prochaines décennies (Figure 11).

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 10525 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 19% des enfants de moins de 5 ans de votre territoire vivent dans une famille à faible revenu. Cette proportion est de 12% pour les enfants de 6-17 ans.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15% des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

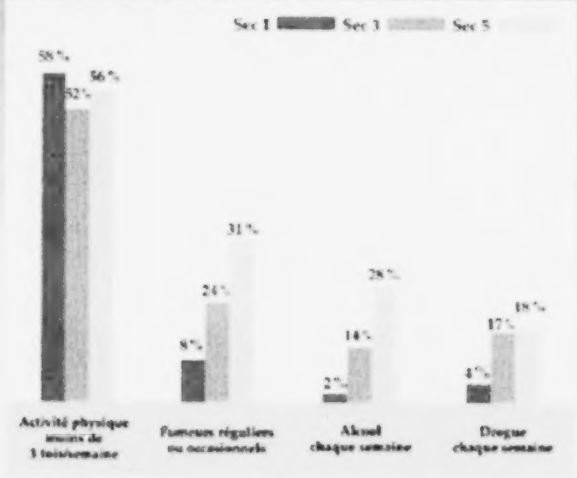
Tableau 6 - Caractéristiques des naissances. CSSS de la Haute-Yamaska, 1999-2001

869 naissances vivantes par année en moyenne

- 5,9% ont un poids insuffisant (< 2 500 grammes)
- 7,0% sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 13,6% sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

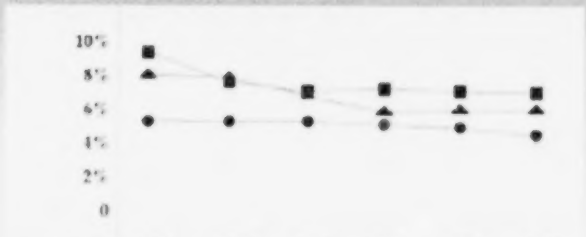
Source: Fichier des naissances, MSSS

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source: DSP Montérégie
Enquête: Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie

Figure 11 - Poids démographique[1] des jeunes de 0-17 ans. CSSS de la Haute-Yamaska, 2001-2026



	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 0-4 ans	5,3	5,3	5,3	5,2	5,0	4,6
■ 5-11 ans	9,3	7,6	7,1	7,2	7,1	7,0
▲ 12-17 ans	8,0	7,9	6,7	5,9	6,1	6,1

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source: Institut de la statistique du Québec, 2003

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés (Tableau 6).

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 88% des bébés nés au CH de Granby ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

« Être jeunes et en santé »?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94%) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment :

- *les traumatismes (routiers, récréatifs ou survenant à domicile)* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes ;
- *les infections transmises sexuellement* : en 2004, 70% des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56% entre 1997 et 2002 dans la région ;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment:

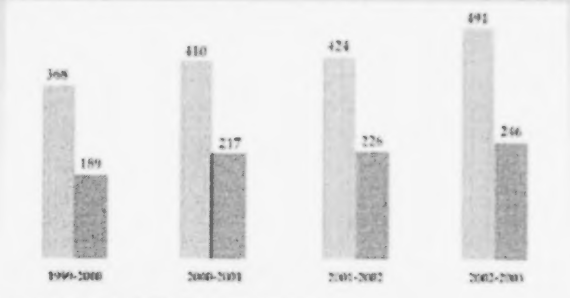
- *à la santé mentale et au suicide:* en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7% présentaient un risque de dépression; par ailleurs 12% des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents);
- *aux grossesses à l'adolescence:* entre 1999 et 2001, en Montérégie, près de 2% des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6% des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans;
- *aux jeunes contrevenants:* en 2002, 5000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 491 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 50%.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

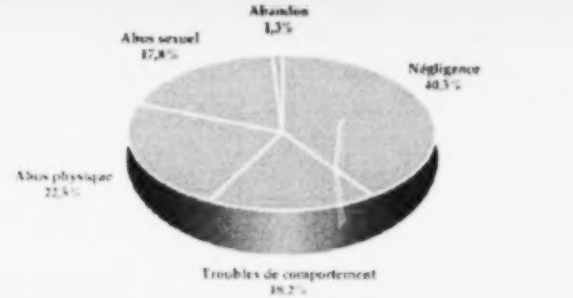
Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS de la Haute-Yamaska, 1999-2003



Source: Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS de la Haute-Yamaska, 2001-2003



Source: Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE: QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.**
- **Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex.: École en santé), municipal et communautaire.**
- **Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.**

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population : un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle !

Principales sources de données

1. Données pour le CSSS

- Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
- Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026. Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
- Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
- Fichier MED-ECHO sur les hospitalisations (MSSS)
- Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2000 (Direction de santé publique de la Montérégie)
- Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
- Rapport I-CLSC FGD2R7
- Système d'information Info-Santé CLSC, 2003-2004

2. Estimations pour le CSSS à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment :

- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)
  Cycle 1.1 - 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ISQ)
  Cycle 1.2 - 2002 Volet santé mentale et bien-être (PUMF)
- Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
  Enquête sociale et de santé 1998

Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes concernées sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population; le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.

3. Exceptionnellement, certaines données se rapportent à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées. Régime d'assurance-médicaments* administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie.* Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 193 p.

DESROSIERS, H et coll. (2002). « Grandir dans un environnement en changement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois.* Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2., 65 p.

HAIEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'allaitement dans les CH de la Montérégie, 2004-2005.* Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé.* Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ, Montréal, 68 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale.* Direction générale des services à la population, Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012.* Gouvernement du Québec, Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence,* Direction générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - la santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs,* Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2001). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.* Institut national de santé publique, Les publications du Québec, Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec, statistiques évolutives, 1982-1983 à 1997-1998.* MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007. Montérégie. Vers une action renouvelée en santé publique.* Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC.* RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ).* Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée :

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, E. Savoie et M. Lavoie (2005). *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS de la Haute-Yamaska.* Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rrsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition : Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique : René Lanviere

Remerciements : Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN : 2-89342-313-2
SANTÉCOM : 16-2005-008

LE DÉFI
de la responsabilité populationnelle

CSSS HAUT-RICHELIEU/ROUVILLE

Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire.** Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montérégiennes et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Jacline Savoie, M.D.

Québec

Réalisé par la Direction de santé publique, 2005

Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (*Loi sur les services sociaux et de santé, 1991*).

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex. : chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population

Adapté de : Shaping a Health Statistics vision for the 21 Century. U.S. Department of Health and Human services et al., 2002

La population du CSSS en bref

Démographie

En 2001, le territoire du CSSS Haut-Richelieu/Rouville comptait 153796 personnes. Cette population comprend 24% de jeunes de 0-17 ans, 65% d'adultes de 18-64 ans et 12% de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23%, 66% et 11%.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient que :

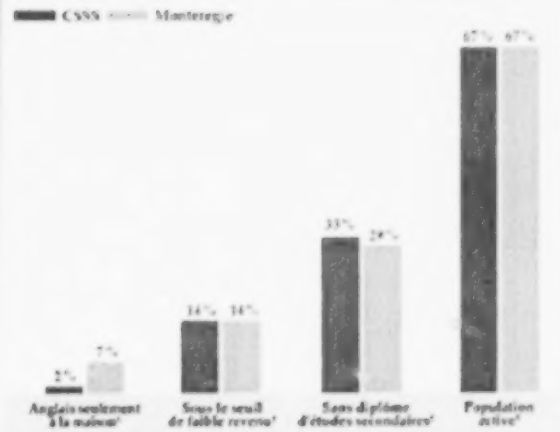
- par rapport à 2001, la population se sera accrue de 6,5% en 2011 et de 9,8% en 2026 ;
- la structure par âge de votre population évoluera d'une façon semblable à celle de la Montérégie durant les deux prochaines décennies ;
- à partir de 2016, la population de votre territoire comptera une proportion plus élevée de personnes âgées que de jeunes de moins de 18 ans ; en 2026, une personne sur quatre (25%) aura 65 ans et 18% de la population aura moins de 18 ans.

Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026. CSSS Haut-Richelieu/Rouville

Populations	2001	2006	2011	2016	2021	2026
■ 0-17 ans	36 815	34 946	31 201	29 795	30 015	29 615
▲ 18-64 ans	99 185	106 213	108 180	106 469	102 338	97 357
● 65 ans +	17 796	20 559	24 389	29 633	35 437	41 915
Total	153 796	161 618	163 850	165 897	167 790	168 887

Source : Institut de la statistique du Québec, 2001

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS Haut-Richelieu/Rouville, 2001



¹ Population de tous âges • ² Population de 20 ans et plus • ³ Population de 15 ans et plus

Source : Recensement canadien 2001

Caractéristiques socioéconomiques

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- 2% parlaient uniquement anglais à la maison ;
- 14% faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Selon la municipalité, cette proportion varie de 7% à 17% sur votre territoire ;
- 33% des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires ;
- 67% de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité) ; cette dernière comprend toutefois 6% de chômeurs.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS Haut-Richelieu/Rouville, cette proportion représenterait environ 79000 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS Haut-Richelieu/Rouville. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Fe*
Au moins un problème de santé chronique	63,8	79865
Allergies autres qu'alimentaires	27,5	34079
Maux de dos (autres que arthrite / rhumatisme)	13,5	16730
Hypertension	13,0	16120
Arthrite / rhumatisme	11,9	14743
Asthme	9,9	12265
Migraines	7,5	9295
Allergies alimentaires	6,2	7688
Problème de la glande thyroïde	5,0	6195
Maladie cardiaque	4,9	6070
Diabète	4,3	5330
Cataracte	4,2	5205
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,8	4680
Ulcères à l'estomac / intestin	2,5	3100
Cancer	1,4	1735
Autres problèmes chroniques	9,4	11645

*Fe: Population estimée pour le territoire du CSSS
Source: ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie : par ailleurs en 2004-2005, 1882 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

À titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, 40 % de toutes les hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne 4312 hospitalisations par année, totalisant 38181 jours d'hospitalisation, soit 41 % de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS Haut-Richelieu/Rouville, 1999-2003

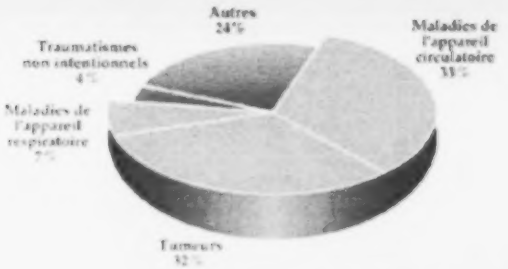
Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	%*	Nb	%**
Tumeurs	875	8	9765	11
Maladies de l'appareil circulatoire	2342	22	20513	22
Maladies de l'appareil respiratoire	1095	10	7903	9
Total	4312	40	38181	41

* p/r au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus
** p/r au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source: Fichier MED-ÉCHO, MSSS

...l'urgence d'agir

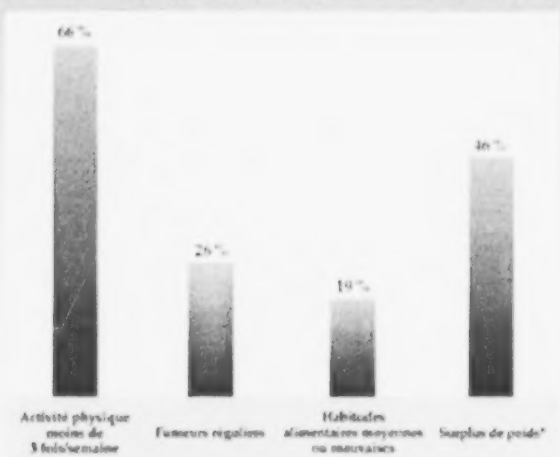
Enfin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 72% des 1024 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS Haut-Richelieu/Rouville en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS Haut-Richelieu/Rouville, 2000-2001



Source : Fichier des décès, MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés, CSSS Haut-Richelieu/Rouville, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2000

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 66% est sédentaire, 26% fume régulièrement et 19% déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 46% des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.**
- **Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.**
- **Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.**

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prévalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de santé mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale :

- en 2000, 5,1 % des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide :

- en 2000-2001, 3% des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois ;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé :

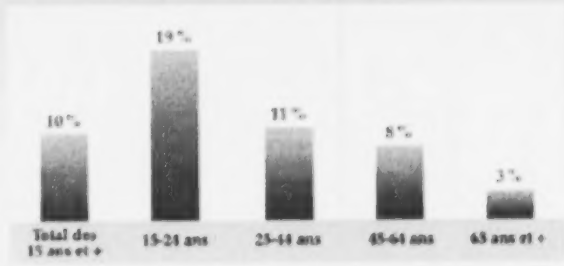
- en 2000-2001, 9% des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale ;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 1242 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex. : psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10% des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS Haut-Richelieu/Rouville, ceci représenterait environ 11 760 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19%) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à environ 3920 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgré la plus forte prévalence des troubles.

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb ou Pe*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus	8,0	9 915*
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus	15,0	18 565
Insatisfaction face à la vie sociale	18 ans et plus	5,5	6 280
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus	10,2	11 491
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	18 ans et plus	31,3	34 867

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS Haut-Richelieu/Rouville sur la base du groupe d'âge concerné

Sources : Enquête SOM 2000
ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les troubles mentaux sévères et persistants : une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, 154 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », environ 385 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est requis pour environ 770 personnes.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.**
- **Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.**
- **Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.**

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS Haut-Richelieu/Rouville passera de 17796 à 41915 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura doublé par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 91% des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 9% se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 28% des cas.

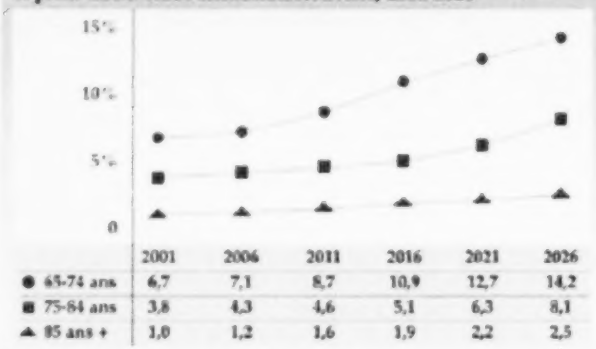
Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 61% vivent à domicile et parmi ces dernières, près de la moitié (47%) demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72% des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67% en déclarent même plusieurs.

Les problèmes de santé peuvent entrainer différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42% des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35%) et une personne sur deux (55%) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

Figure 7 - Poids démographique[1] des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS Haut-Richelieu/Rouville, 2001-2026

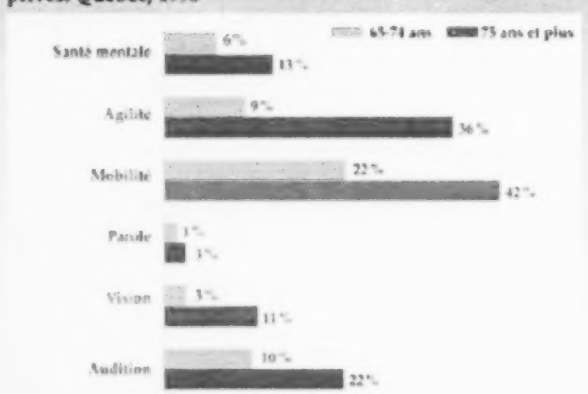


	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 65-74 ans	6,7	7,1	8,7	10,9	12,7	14,2
■ 75-84 ans	3,8	4,3	4,6	5,1	6,3	8,1
▲ 85 ans +	1,0	1,2	1,6	1,9	2,2	2,5

[1] % par rapport à la population totale du CSSS

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



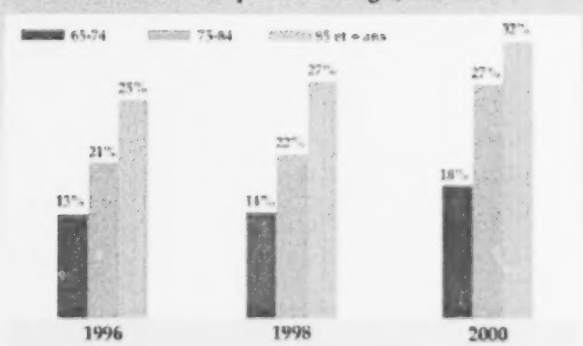
Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

Sur votre territoire, 36% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 5860 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15% de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

Figure 9 - Polymédication : personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source : RAMQ (Barnard et autres 2001)

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 en évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

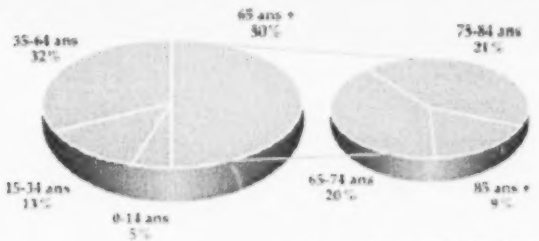
Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Pe*
Risque de dépression : possible ou probable (2001)	5.3	860
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998)	10.0	1620
Niveau faible de soutien social (2001)	29.7	4815
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001)	16.3	2645

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS Haut-Richelieu/Rouville
Sources : 1 DCC 2000-2001 (Québec)
2 Enquête sociale et de santé 1998 (Québec)
3 Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS Haut-Richelieu/Rouville, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1999).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, 50 % des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 2961 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 57 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.**
- **Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.**
- **Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).**

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

L'impact du faible taux de natalité que connaît la société québécoise depuis plusieurs années se reflète dans les perspectives populationnelles. En 2001, la population du CSSS compte 36815 enfants de 0-17 ans, mais il est prévu que leur nombre aura baissé à 29615 en 2026. Le poids démographique de cette population diminuera au cours de la prochaine décennie (Figure 11).

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 20255 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 17% des enfants de moins de 5 ans de votre territoire vivent dans une famille à faible revenu. Cette proportion est de 15% pour les enfants de 6-17 ans.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15% des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

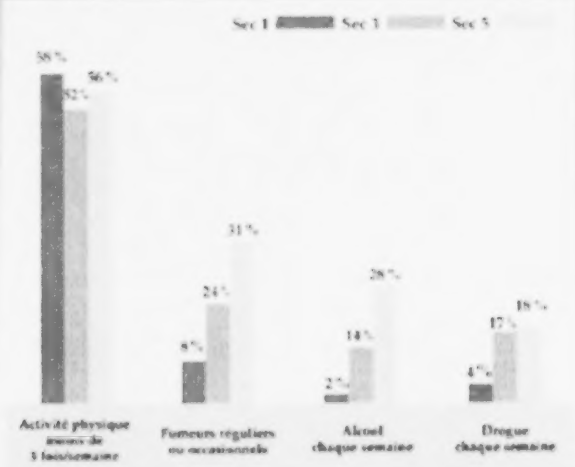
Tableau 6 - Caractéristiques des naissances. CSSS Haut-Richelieu/Rouville, 1999-2001

1498 naissances vivantes par année en moyenne

- 5,9% ont un poids insuffisant (< 2 500 grammes)
- 8,2% sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 11,4% sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

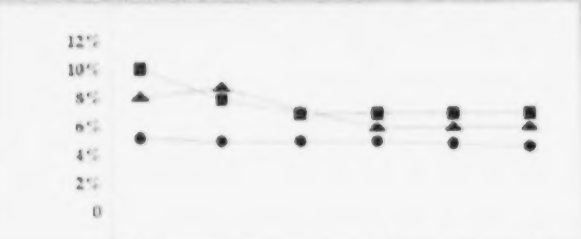
Source: *Fichier des naissances*, MSSS

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source: DSP Montérégie
Enquête: Expériences de vie des élèves du niveau secondaire de la Montérégie

Figure 11 - Poids démographique[1] des jeunes de 0-17 ans. CSSS Haut-Richelieu/Rouville, 2001-2026



	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 0-4 ans	5,3	4,9	4,9	4,9	4,8	4,5
■ 5-11 ans	10,4	7,9	7,0	7,0	7,0	7,0
▲ 12-17 ans	8,2	8,8	7,2	6,0	6,1	6,1

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source: Institut de la statistique du Québec, 2005

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 82% des bébés nés au CH du Haut-Richelieu ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

« Être jeunes et en santé »?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94%) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment:

- *les traumatismes (routiers, récréatifs ou survenant à domicile)* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes;
- *les infections transmises sexuellement*: en 2004, 70% des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56% entre 1997 et 2002 dans la région;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment :

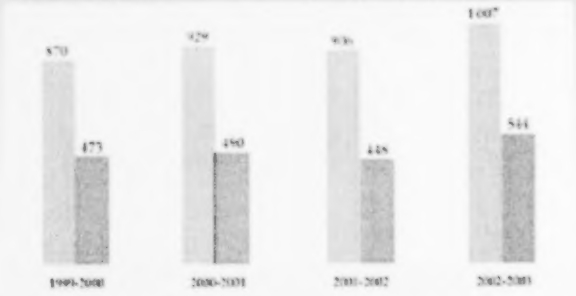
- *à la santé mentale et au suicide :* en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7% présentaient un risque de dépression ; par ailleurs 12% des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents) ;
- *aux grossesses à l'adolescence :* entre 1999 et 2001, en Montérégie, près de 2% des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6% des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans ;
- *aux jeunes contrevenants :* en 2002, 5000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 1007 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 54%.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

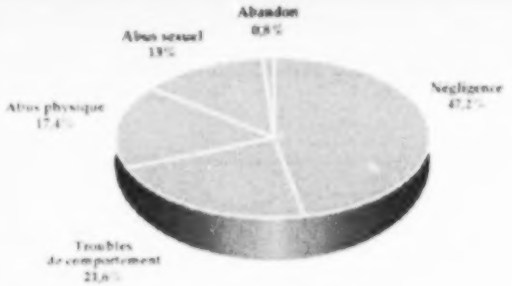
Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS Haut-Richelieu/Rouville, 1999-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS Haut-Richelieu/Rouville, 2001-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.**
- **Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex. : École en santé), municipal et communautaire.**
- **Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.**

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population : un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle !

Principales sources de données

1. **Données pour le CSSS**
   - Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
   - Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026 Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
   - Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
   - Fichier MED-ÉCHO sur les hospitalisations (MSSS)
   - Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2000 (Direction de santé publique de la Montérégie)
   - Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
   - Rapport I-CLSC RGII2R7
   - Système d'information Info-Santé CLSC, 2000-2004

2. **Estimations pour le CSSS** à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment :
   - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)
     Cycle 1.1 - 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ISQ)
     Cycle 1.2 - 2002 Volet santé mentale et bien-être (PUMF)
   - Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
     Enquête sociale et de santé 1998

   Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes concernées sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population; le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.

3. Exceptionnellement, certaines données se rapportant à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées*. Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1998, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie*. Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 193 p.

DESROSIERS, H et coll. (2002). «Grandir dans un environnement en changement» - dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2., 65 p.

HAIEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'alitement dans les CH de la Montérégie 2004-2005*. Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé*. Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ, Montréal, 66 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Direction générale des services à la population, Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Gouvernement du Québec, Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, Direction générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - la santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*, Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2001). *Le portrait de santé. Le Québec, et ses régions*. Institut national de santé publique. Les publications du Québec, Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec: statistiques évolutives, 1982-1983 à 1997-1998*. MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007. Montérégie. Vers une action renouvelée en santé publique*. Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC*. RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ)*. Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée :

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, E. Savoie et M. Lavoie (2005). *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Haut-Richelieu Rouville*. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rrsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition : Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique : Rene Lanviere

Remerciements : Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN : 2-89342-313-2
SANTECOM : 16-2005-008

LE DÉFI
de la responsabilité populationnelle

CSSS JARDINS-ROUSSILLON

Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire.** Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montérégiennes et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Joscelyne Sauvé, M.D.

Québec

Réalisé par la Direction de santé publique, 2005

Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (*Loi sur les services sociaux et de santé, 1991*).

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex. : chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population

Adapté de : Shaping a Health Statistics Vision for the 21st Century. U.S. Department of Health and Human services et al., 2002

La population du CSSS en bref

Démographie

En 2001, le territoire du CSSS Jardins-Roussillon comptait 178147 personnes. Cette population comprend 26% de jeunes de 0-17 ans, 65% d'adultes de 18-64 ans et 9% de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23%, 66% et 11%.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient un accroissement de la population pour les prochaines décennies. Par rapport à 2001, la population se sera accrue de 8,3% en 2011 et de 14,3% en 2026 (Figure 2).

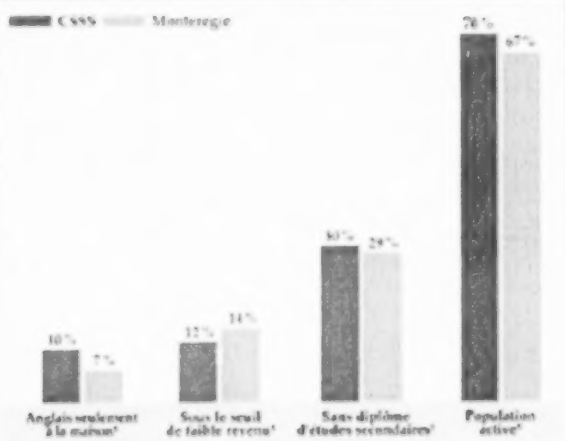
- En 2011, la proportion des personnes de 0-17 ans de votre territoire (22%) sera toujours plus élevée que celle de la Montérégie (19%). Il en sera de même en 2026 (20% c. 18%).
- Entre 2001 et 2026, on prévoit une réduction du nombre d'enfants et d'adolescents et une augmentation du nombre de personnes de 65 ans et plus. En 2026, le poids démographique des aînés aura rejoint celui des jeunes de 0-17 ans.

Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026. CSSS Jardins-Roussillon

Population	2001	2006	2011	2016	2021	2026
■ 0-17 ans	46379	45427	41783	39888	40317	40494
▲ 18-64 ans	115031	122435	126597	127366	125207	121246
● 65 ans +	16737	19990	24475	29770	35242	41874
Total	178147	187852	192855	197024	200766	203614

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS Jardins-Roussillon, 2001



¹ Population de tous âges • ² Population de 20 ans et plus • ³ Population de 15 ans et plus

Source : Recensement canadien 2001

Caractéristiques socioéconomiques

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- 10% parlaient uniquement anglais à la maison ;
- 12% faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Selon la municipalité, cette proportion varie de 4% à 22% sur votre territoire ;
- 30% des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires ;
- 70% de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité) ; cette dernière comprend toutefois 5% de chômeurs.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS Jardins-Roussillon, cette proportion représenterait près de 87 000 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS Jardins-Roussillon. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Pr*
Au moins un problème de santé chronique	**63,6**	**86 035**
Allergies autres qu'alimentaires	27,3	37 470
Maux de dos (autres que arthrite / rhumatisme)	13,5	18 395
Hypertension	13,0	17 715
Arthrite / rhumatisme	11,9	16 215
Asthme	9,9	13 490
Migraines	7,5	10 220
Allergies alimentaires	6,2	8 450
Problème de la glande thyroïde	5,0	6 815
Maladie cardiaque	4,9	6 675
Diabète	4,3	5 860
Cataracte	4,2	5 725
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,1	4 195
Ulcères à l'estomac / intestin	2,5	3 405
Cancer	1,4	1 910
Autres problèmes chroniques	9,4	12 810

*Pr : Population estimée pour le territoire du CSSS
Source : ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie; par ailleurs en 2004-2005, 1 887 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

À titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, 43% de toutes les hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne 4165 hospitalisations par année, totalisant 42620 jours d'hospitalisation, soit 44% de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS Jardins-Roussillon, 1999-2003

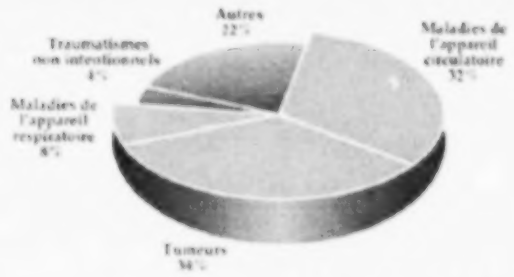
Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	%*	Nb	%**
Tumeurs	925	10	11 295	12
Maladies de l'appareil circulatoire	2 270	24	22 113	23
Maladies de l'appareil respiratoire	970	10	9 223	9
Total	4 165	43	42 620	44

*Nb au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus
**Nb au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

...l'urgence d'agir

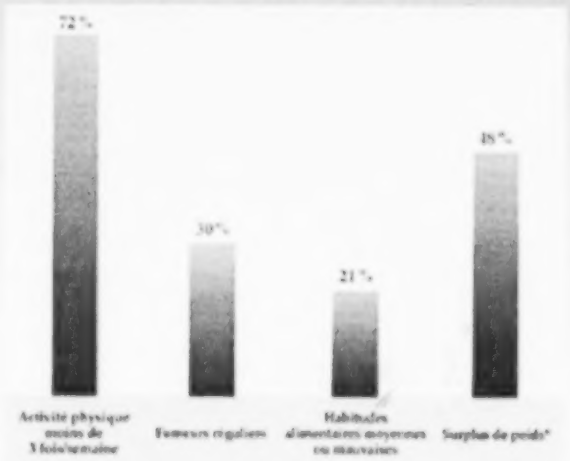
Enfin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 74 % des 971 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS Jardins-Roussillon en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS Jardins-Roussillon, 2000-2001



Source : Fichier des décès, MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. CSSS Jardins-Roussillon, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2 [illegible]

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 72 % est sédentaire, 30 % fume régulièrement et 21 % déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 48 % des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.**
- **Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.**
- **Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.**

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prévalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de santé mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale :

- en 2000, 5,6% des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide :

- en 2000-2001, 3% des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé :

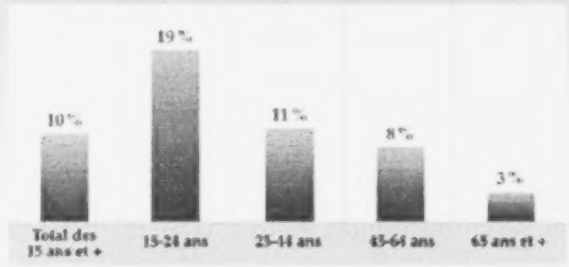
- en 2000-2001, 9% des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 727 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex.: psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10% des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS Jardins-Roussillon, ceci représenterait environ 12860 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19%) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à environ 1285 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgré la plus forte prévalence des troubles.

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb ou Pe*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus	8,0	10 880*
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus	15,0	20 440*
Insatisfaction face à la vie sociale	18 ans et plus	6,3	7 087
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus	9,5	11 972
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	18 ans et plus	31,3	35 209

*Pe: Population estimée pour le territoire du CSSS Jardins-Roussillon sur la base du groupe d'âge concerné

Sources : Enquête SOM 2000
ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les troubles mentaux sévères et persistants: une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, environ 178 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », entre 445 et 535 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est requis pour 890 à 1070 personnes.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE: QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.**
- **Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.**
- **Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.**

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS Jardins-Roussillon passera de 16 737 à 41 874 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura plus que double par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 93% des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 7% se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 24% des cas.

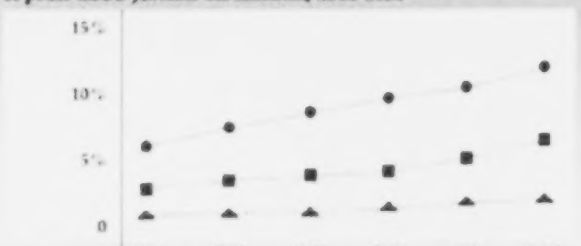
Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 60% vivent à domicile et parmi ces dernières, près de la moitié (45%) demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72% des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67% en déclarent même plusieurs.

Les problèmes de santé peuvent entraîner différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42% des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35%) et une personne sur deux (55%) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

Figure 7 - Poids démographique[1] des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS Jardins-Roussillon, 2001-2026

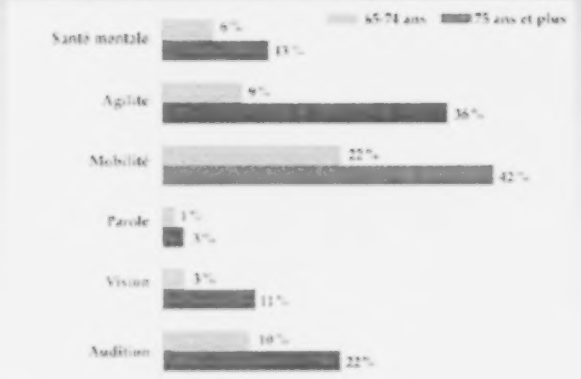


	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 65-74 ans	5,9	6,4	7,7	9,4	10,6	12,0
■ 75-84 ans	2,8	3,4	3,8	4,3	5,3	6,6
▲ 85 ans +	0,7	0,9	1,1	1,4	1,7	2,0

[1] % par rapport à la population totale du CSSS

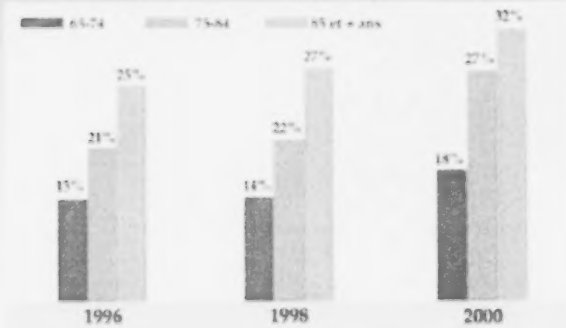
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

Figure 9 - Polymédication : personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source : RAMQ (Barrette et autres 2001)

Sur votre territoire, 34% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 5 120 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15% de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 en évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

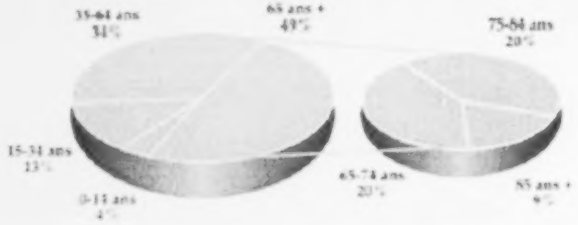
Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Pe*
Risque de dépression : possible ou probable (2001)	5,8	910
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998)	10,0	1510
Niveau faible de soutien social (2001)	29,7	4480
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001)	19,6	2975

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS Jardins-Roussillon.
Sources : ESCC 2000-2001 (Québec)
Enquête sociale et de santé 1998 (Québec)
Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS Jardins-Roussillon, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1999).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, près de la moitié (49 %) des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 2 301 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 57 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.**
- **Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.**
- **Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).**

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

Selon les perspectives actuelles, le nombre de jeunes de 0-17 ans du territoire du CSSS passera de 46 379 à 39 888 entre 2001 et 2016 et se maintiendra autour de 40 000 jusqu'en 2026. (Figure 2). Le poids démographique des enfants de 0-4 ans évoluera peu après 2006. Il en sera de même pour les jeunes de 5-11 ans après 2011, et pour les adolescents de 12-17 ans après 2016 (Figure 11).

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 23 790 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 15 % des enfants de moins de 5 ans de votre territoire vivent dans une famille à faible revenu. Cette proportion est de 13 % pour les enfants de 6-17 ans.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15 % des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

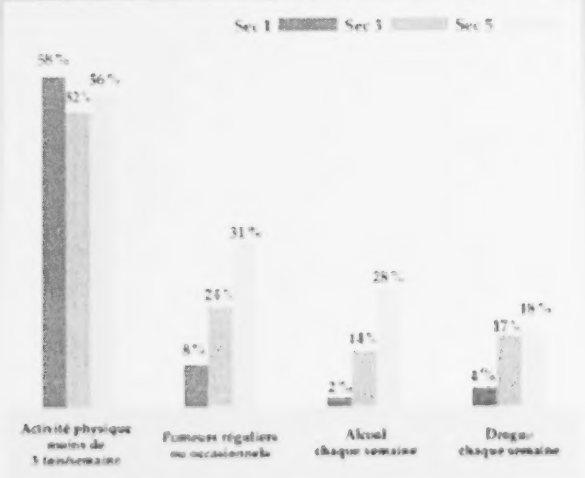
Tableau 6 - Caractéristiques des naissances. CSSS Jardins-Roussillon, 1999-2001

1913 naissances vivantes par année en moyenne

- 5,2 % ont un poids insuffisant (< 2 500 grammes)
- 6,8 % sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 9 % sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

Source: Fichier des naissances, MSSS

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source: DSP Montérégie
Enquête: Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie

Figure 11 - Poids démographique[1] des jeunes de 0-17 ans. CSSS Jardins-Roussillon, 2001-2026

	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 0-4 ans	6,2	5,5	5,4	5,4	5,4	5,3
■ 5-11 ans	11,4	9,2	8,1	8,0	7,9	7,9
▲ 12-17 ans	8,9	9,4	8,2	6,9	6,8	6,7

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 82 % des bébés nés au CH Anna-Laberge ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

« Être jeunes et en santé » ?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94 %) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment :

- *les traumatismes routiers, récréatifs ou survenant à domicile* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes ;
- *les infections transmises sexuellement*, en 2004, 70 % des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56 % entre 1997 et 2002 dans la région ;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment :

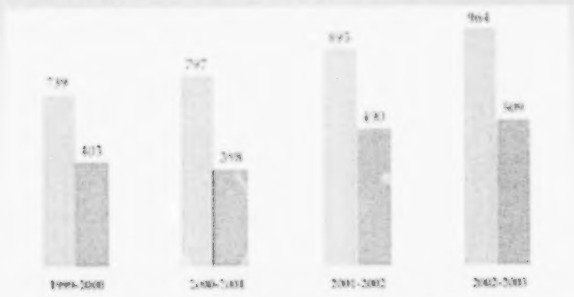
- *à la santé mentale et au suicide* : en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7% présentaient un risque de dépression; par ailleurs 12% des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents);
- *aux grossesses à l'adolescence* : entre 1991 et 2001, en Montérégie, près de 2% des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6% des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans;
- *aux jeunes contrevenants* : en 2002, 5000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 964 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 53%.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

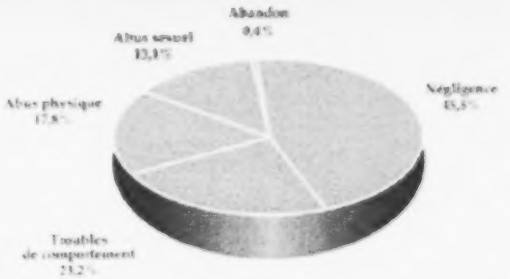
Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS Jardins-Roussillon, 1999-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS Jardins-Roussillon, 2001-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.**
- **Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex.: École en santé), municipal et communautaire.**
- **Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.**

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population : un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle !

Principales sources de données

1. **Données pour le CSSS**
   - Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
   - Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026 Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
   - Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
   - Fichier MED-ÉCHO sur les hospitalisations (MSSS)
   - Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2000 (Direction de santé publique de la Montérégie)
   - Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
   - Rapport I-CLSC FCI2R7
   - Système d'information Info-Santé CLSC, 2003-2004

2. **Estimations pour le CSSS** à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment :
   - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)
     Cycle 1.1 - 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ESC)
     Cycle 1.2 - 2002 Volet santé mentale et bien-être (FUMF)
   - Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
     Enquête sociale et de santé 1998

   Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes concernées sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population; le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.

   Exceptionnellement, certaines données se rapportent à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées.* Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Espérances de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie.* Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 193 p.

DESROSIERS, H et coll. (2002). « Grandir dans un environnement en changement » - dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois.* Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2., 65 p.

HAJEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'allaitement dans les CH de la Montérégie, 2004-2005.* Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé.* Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ, Montréal, 68 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale.* Direction générale des services à la population, Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012.* Gouvernement du Québec, Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence.* Direction générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - la santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs.* Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2001). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.* Institut national de santé publique, Les publications du Québec, Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec : statistiques évolutives, 1982-1983 à 1997-1998.* MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007. Montérégie, vers une action renouvelée en santé publique.* Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC.* RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ).* Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, E. Savoie et M. Lavoie (2005). *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Jardins-Roussillon.* Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rrsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition : Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique : René Lanviere

Remerciements : Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN : 2-89342-313-2
SANTECOM : 16-2005-008

LE DÉFI
de la responsabilité populationnelle

CSSS PIERRE-BOUCHER

Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire.** Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montérégiennes et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Jocelyne Sauvé, M.D.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

Réalisé par la Direction de santé publique, 2005

Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » *(Loi sur les services sociaux et de santé, 1991)*.

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex. : chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

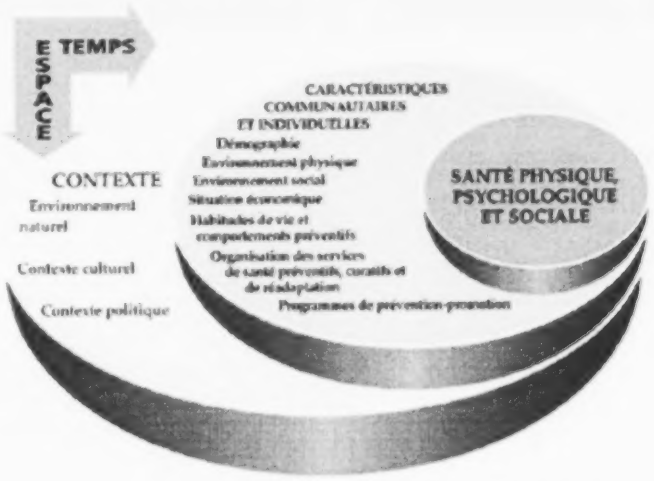
Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population



Adapté de : Shaping a Health Statistics Vision for the 21st Century. U.S. Department of Health and Human services et al., 2002

La population du CSSS en bref

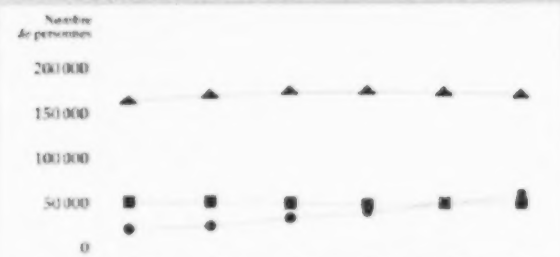
Démographie

En 2001, le territoire du CSSS Pierre-Boucher comptait 232 579 personnes. Cette population comprend 22 % de jeunes de 0-17 ans, 68 % d'adultes de 18-64 ans et 10 % de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23 %, 66 % et 11 %.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient que :

- par rapport à 2001, la population se sera accrue de 7 % en 2011 et de 14 % en 2026 ;
- la structure par âge de votre population évoluera d'une façon parallèle à celle de la Montérégie durant les deux prochaines décennies : la proportion de jeunes de moins de 18 ans demeurera équivalente à celle de la région, alors la proportion de personnes de 65 ans et plus se situera un peu en deçà de la valeur régionale et celle des 18-64 ans, un peu au-dessus ;
- la proportion de personnes de 65 ans et plus sera plus élevée que celle des jeunes de moins de 18 ans à partir de 2021 environ.

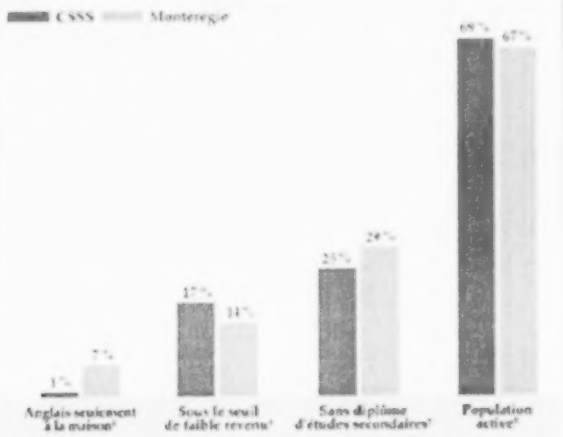
Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026. CSSS Pierre-Boucher



Population	2001	2006	2011	2016	2021	2026
■ 0-17 ans	52 327	52 000	49 252	47 700	48 248	48 249
▲ 18-64 ans	157 193	162 040	166 202	166 579	163 406	158 760
● 65 ans +	23 059	27 263	34 112	41 813	49 425	57 564
Total	232 579	241 303	249 566	256 092	261 079	264 573

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS Pierre-Boucher, 2001



¹ Population de tous âges • ² Population de 20 ans et plus • ³ Population de 15 ans et plus

Source : Recensement canadien 2001

Caractéristiques socioéconomiques

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- 1 % parlaient uniquement anglais à la maison ;
- 17 % faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Selon la municipalité, cette proportion varie de 6 % à 25 % sur votre territoire ;
- 25 % des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires ;
- 69 % de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité) ; cette dernière comprend toutefois 6 % de chômeurs.

Les disparités socioéconomiques semblent importantes au sein de la population du CSSS.

- La population du CLSC Longueuil-Ouest est celle qui présentait les caractéristiques les moins favorables en 2001 : 29 % de la population vivait sous le seuil de faible revenu, 34 % de la population de 20 ans et plus n'avait pas de diplôme d'études secondaires et le taux d'activité se situait à 62 % ;
- La population du CLSC Simonne-Monet-Chartrand comportait aussi une proportion élevée de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (22 %), alors que la situation au regard de la faible scolarité (26 %) et du taux d'activité (68 %) était assez semblable à celle de la Montérégie ;
- Le profil le plus favorable se retrouvait sur le territoire du CLSC des Seigneuries où les proportions sont de 7 % pour le faible revenu, 19 % pour la faible scolarité et 73 % pour le taux d'activité.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS Pierre-Boucher, cette proportion représenterait plus de 122 000 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie; par ailleurs en 2004-2005, 1919 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS Pierre-Boucher. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Pe*
Au moins un problème de santé chronique	**63,8**	**122 160**
Allergies autres qu'alimentaires	27,5	52 638
Maux de dos (autres que arthrite / rhumatisme)	13,5	25 850
Hypertension	13,0	24 890
Arthrite / rhumatisme	11,9	22 785
Asthme	9,9	18 955
Migraines	7,5	14 360
Allergies alimentaires	6,2	11 870
Problème de la glande thyroïde	5,0	9 575
Maladie cardiaque	4,9	9 380
Diabète	4,3	8 235
Cataracte	4,2	8 040
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,3	6 320
Ulcères à l'estomac / intestin	2,5	4 785
Cancer	1,4	2 680
Autres problèmes chroniques	9,4	18 000

*Pe: Population estimée pour le territoire du CSSS
Source: ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

À titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, 41 % de toutes les hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne plus de 5000 hospitalisations par année, totalisant plus de 57 000 jours d'hospitalisation, soit 40% de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS Pierre-Boucher, 1999-2003

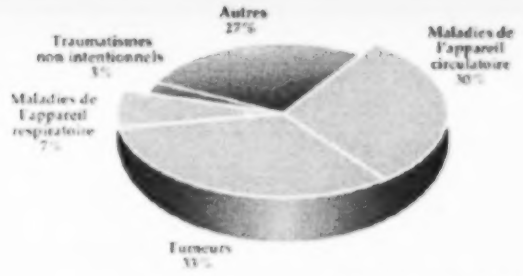
Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	%*	Nb	%**
Tumeurs	1255	10	16 800	12
Maladies de l'appareil circulatoire	2680	22	29 079	21
Maladies de l'appareil respiratoire	1078	9	10 367	7
Total	5022	41	57 146	40

* p/r au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus
** p/r au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source: Fichier MED-ÉCHO, MSSS

...l'urgence d'agir

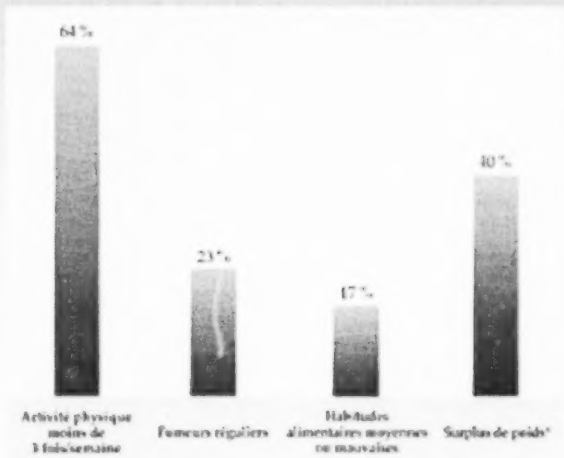
Enfin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 70% des 1 309 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS Pierre-Boucher en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS Pierre-Boucher, 2000-2001



Source : Fichier des décès MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. CSSS Pierre-Boucher, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2000

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 64% est sédentaire, 23% fume régulièrement et 17% déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 40% des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.**
- **Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.**
- **Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.**

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prévalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de santé mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale :

- en 2000, 4,3 % des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide :

- en 2000-2001, 3 % des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois ;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé :

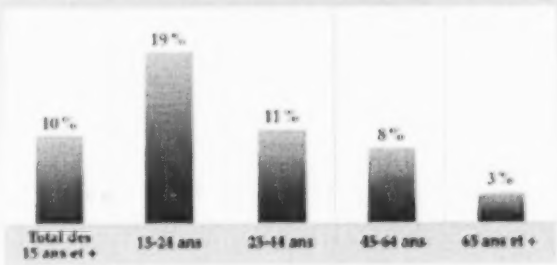
- en 2000-2001, 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale ;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 1418 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex. : psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10 % des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS Pierre-Boucher, ceci représenterait environ 18 300 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19 %) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à environ 6 100 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgré la plus forte prévalence des troubles.

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb de Pe*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus	8.0	15320*
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus	15.0	28720*
Insatisfaction face à la vie sociale	15 ans et plus	5.8	10 638
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus	9.9	17 818
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	18 ans et plus	31.3	54695*

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS Pierre-Boucher sur la base du groupe d'âge concerné

Sources : Enquête SOM 2300
ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les troubles mentaux sévères et persistants : une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, environ 230 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », 580 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est requis pour 1 160 personnes.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.**
- **Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.**
- **Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.**

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS Pierre-Boucher passera de 23 059 à 57 564 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura plus que doublé par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 93% des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 7% se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 30% des cas.

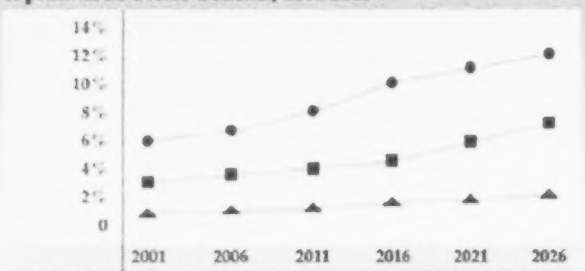
Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 65% vivent à domicile et parmi ces dernières, près de la moitié (48%) demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72% des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67% en déclarent même plusieurs.

Les problèmes de santé peuvent entraîner différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42% des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35%) et une personne sur deux (55%) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

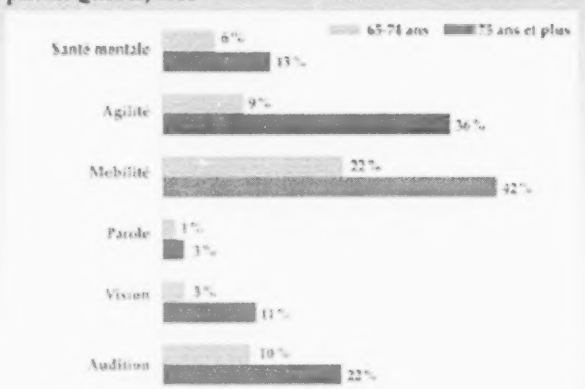
Figure 7 - Poids démographique[1] des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS Pierre-Boucher, 2001-2026



	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 65-74 ans	6,0	6,7	8,3	10,1	11,2	12,2
■ 75-84 ans	3,1	3,6	4,0	4,6	5,9	7,3
▲ 85 ans +	0,8	1,0	1,3	1,6	1,8	2,2

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



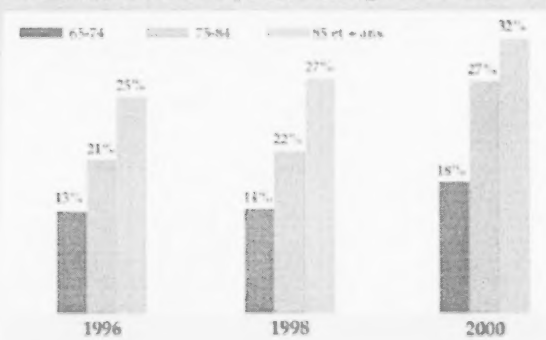
Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

Sur votre territoire, 38% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 8 325 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15% de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

Figure 9 - Polymédication: personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source : RAMQ (Barnard et autres 2001)

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 en évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

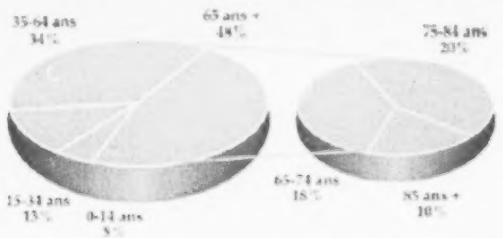
Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Pe*
Risque de dépression : possible ou probable (2001)	5,3	1170
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998)	10,0	2205
Niveau faible de soutien social (2001)	29,7	6545
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001)	27,3	6010

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS Pierre-Boucher
Sources : ESCC 2000-2001 (Québec)
Enquête sociale et de santé 1998 (QuiFve)
Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS Pierre-Boucher, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1999).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, 48 % des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 3408 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 62 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

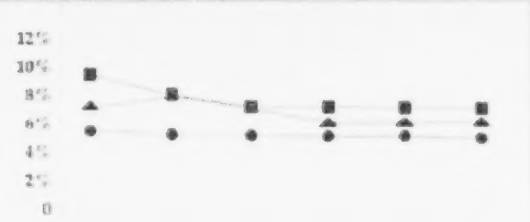
- **Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.**
- **Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.**
- **Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).**

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

Selon les perspectives actuelles, le nombre de jeunes de 0-17 ans du territoire du CSSS passera de 52 327 à 47 700 entre 2001 et 2016 et se maintiendra autour de 48 000 jusqu'en 2026. (Figure 2). Le poids démographique des enfants de 0-4 ans évoluera peu après 2006. Il en sera de même pour les jeunes de 5-11 ans après 2011, et pour les adolescents de 12-17 ans après 2021 (Figure 11).

Figure 11 - Poids démographique[1] des jeunes de 0-17 ans. CSSS Pierre-Boucher, 2001-2026



	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 0-4 ans	5,6	5,3	5,2	5,1	5,1	4,9
■ 5-11 ans	9,6	8,1	7,3	7,3	7,2	7,1
▲ 12-17 ans	7,3	8,1	7,2	6,2	6,2	6,2

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source: Institut de la statistique du Québec, 2003

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 29720 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 22% des enfants de moins de 5 ans de votre territoire vivent dans une famille à faible revenu. Cette proportion est de 19% pour les enfants de 6-17 ans.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15% des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

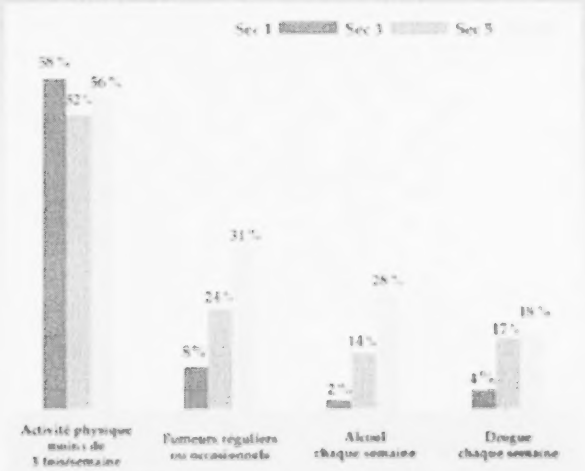
Tableau 6 - Caractéristiques des naissances. CSSS Pierre-Boucher, 1999-2001

2419 naissances vivantes par année en moyenne

- 5,3% ont un poids insuffisant (< 2 500 grammes)
- 7,1% sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 13% sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

Source: Fichier des naissances, MSSS

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source: DSP Montérégie
Enquête: Expériences de vie des élèves du niveau secondaire de la Montérégie

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 85% des bébés nés au CH Pierre-Boucher ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

« Être jeunes et en santé »?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94%) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment :

- *les traumatismes (routiers, récréatifs ou survenant à domicile)* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes ;
- *les infections transmises sexuellement :* en 2004, 70% des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56% entre 1997 et 2002 dans la région ;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment :

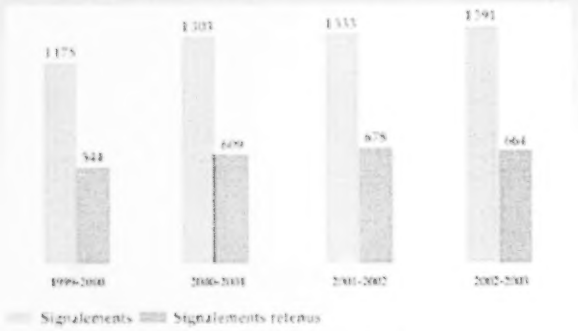
- *à la santé mentale et au suicide :* en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7% présentaient un risque de dépression ; par ailleurs 12% des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents) ;
- *aux grossesses à l'adolescence :* entre 1999 et 2001, en Montérégie, près de 2% des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6% des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans ;
- *aux jeunes contrevenants :* en 2002, 5000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 1391 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 48%.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

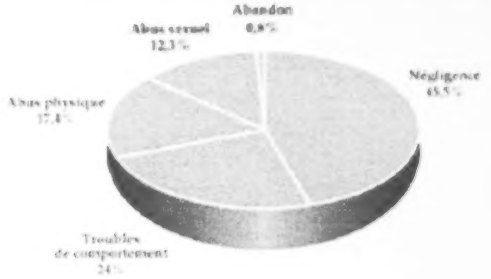
Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS Pierre-Boucher, 1999-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS Pierre-Boucher, 2001-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.**
- **Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex. : École en santé), municipal et communautaire.**
- **Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.**

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population : un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle !

Principales sources de données

1. Données pour le CSSS

- Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
- Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026
  Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
- Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
- Fichier MED-ÉCHO sur les hospitalisations (MSSS)
- Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2000
  (Direction de santé publique de la Montérégie)
- Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
- Rapport I-CLSC FG82R7
- Système d'information Info-Santé CLSC, 2003-2004

2. Estimations pour le CSSS à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment :

- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)
  (Statistique Canada)
  Cycle 1.1 - 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ISQ)
  Cycle 1.2 - 2002 Volet santé mentale et bien-être (FUMF)
- Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
  Enquête sociale et de santé 1998

Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes concernées sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population ; le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.

Exceptionnellement, certaines données se rapportent à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait québécois de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées.* Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Espérances de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie.* Direction de santé publique, RRSSS Montérégie. Direction de santé publique, Longueuil, 193 p.

DESROSIERS, H. et coll. (2002). « Grandir dans un environnement en changement » - dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois.* Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2., 65 p.

HAIEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'allaitement dans les CH de la Montérégie. 2004-2005.* Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé.* Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ. Montréal, 66 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale.* Direction générale des services à la population, Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012.* Gouvernement du Québec, Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence.* Direction générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - la santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs.* Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2003). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.* Institut national de santé publique. Les publications du Québec, Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec, statistiques évolutives, 1982-1983 à 1997-1998.* MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007. Montérégie, vers une action renouvelée en santé publique.* Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC.* RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ).* Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée :

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, E. Savoie et M. Lavoie (2005). *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Pierre-Boucher.* Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rrsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition : Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique : René Lanviere

Remerciements : Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN 2-89343-313-2
SANTÉCOM : 16-2005-008

LE DÉFI
de la responsabilité populationnelle

CSSS LA POMMERAIE

Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire**. Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montérégiennes et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Jocelyne Sauvé, M.D.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

Réalisé par la Direction de santé publique, 2005

Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » *(Loi sur les services sociaux et de santé, 1991)*.

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex.: chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

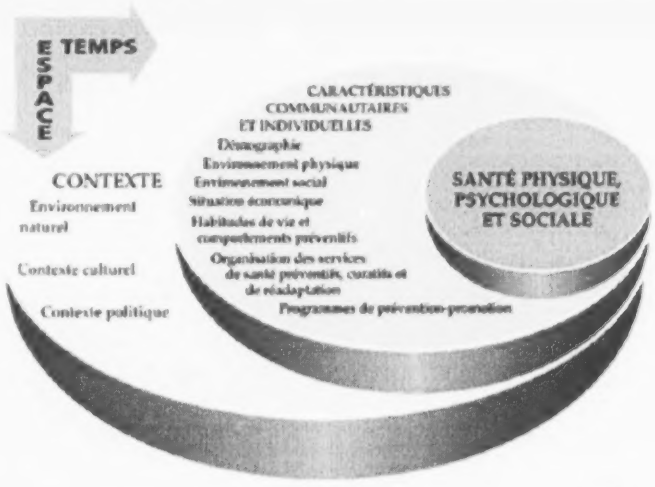
Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population



Adapté de : Steping a Health Statistics vision for the 21st Century. U.S. Department of Health and Human services *et al.*, 2002

La population du CSSS en bref

Démographie

En 2001, le territoire du CSSS La Pommeraie comptait 50 380 personnes. Cette population comprend 22 % de jeunes de 0-17 ans, 63 % d'adultes de 18-64 ans et 15 % de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23 %, 66 % et 11 %.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient une faible croissance de la population pour les prochaines décennies. Par rapport à 2001, la population se sera accrue de 2,9 % en 2011 et de 5,7 % en 2026 (Figure 2).

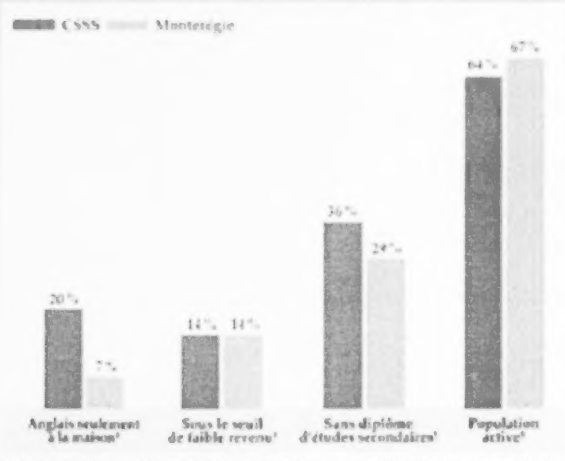
- En 2011, la proportion des personnes de 65 ans et plus de votre territoire (19 %) sera toujours plus élevée que celle de la Montérégie (15 %). Il en sera de même en 2026 (30 % c. 24 %).
- En 2011, le poids démographique des personnes de 65 ans et plus sera équivalent à celui des 0-17 ans (19 %), mais la situation change par la suite. En 2026, il y aura 30 % d'aînés et 16 % de jeunes sur votre territoire.

Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026. CSSS La Pommeraie

Population	2001	2006	2011	2016	2021	2026
■ 0-17 ans	10 965	9 972	8 961	8 604	8 613	8 447
▲ 18-64 ans	31 739	32 932	33 161	32 193	30 667	28 974
● 65 ans +	7 676	8 388	9 707	11 620	13 676	15 825
Total	50 380	51 292	51 829	52 417	52 956	53 246

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS La Pommeraie, 2001



[1] Population de tous âges • [2] Population de 20 ans et plus • [3] Population de 15 ans et plus

Source : Recensement canadien 2001

Caractéristiques socioéconomiques

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- 20 % parlaient uniquement anglais à la maison. Il s'agit d'une proportion relativement élevée par rapport à la Montérégie ;
- 14 % faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Selon la municipalité, cette proportion varie de 3 % à 22 % sur votre territoire ;
- 36 % des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires. Cette proportion est aussi la plus élevée de tous les CSSS de la région ;
- 64 % de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité) ; cette dernière comprend toutefois 6 % de chômeurs.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS La Pommeraie, cette proportion représenterait environ 26 000 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie ; par ailleurs en 2004-2005, 557 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS La Pommeraie. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Pe*
Au moins un problème de santé chronique	63,8	26 070
Allergies autres qu'alimentaires	27,5	11 235
Maux de dos (autres que arthrite / rhumatisme)	13,5	5 515
Hypertension	13,0	5 310
Arthrite / rhumatisme	11,9	4 865
Asthme	9,9	4 045
Migraines	7,5	3 065
Allergies alimentaires	6,2	2 535
Problème de la glande thyroïde	5,0	2 045
Maladie cardiaque	4,9	2 000
Diabète	4,3	1 755
Cataracte	4,2	1 715
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,8	1 550
Ulcères à l'estomac / intestin	2,5	1 020
Cancer	1,4	570
Autres problèmes chroniques	9,4	3 840

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS
Source : ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

À titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, presque la moitié (46 %) de toutes les hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne 1 443 hospitalisations par année, totalisant 13 356 jours d'hospitalisation, soit aussi presque la moitié (47 %) de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS La Pommeraie, 1999-2003

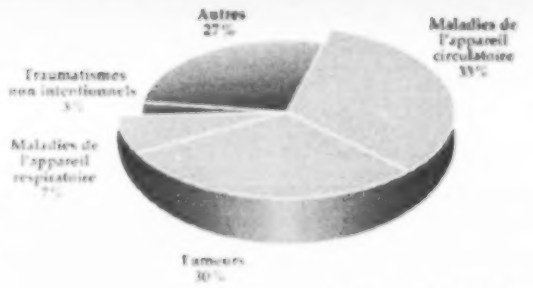
Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	%*	Nb	%**
Tumeurs	354	11	3 968	13
Maladies de l'appareil circulatoire	857	27	7 424	26
Maladies de l'appareil respiratoire	253	8	2 354	8
Total	1 443	46	13 356	47

* p/r au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus
** p/r au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

...l'urgence d'agir

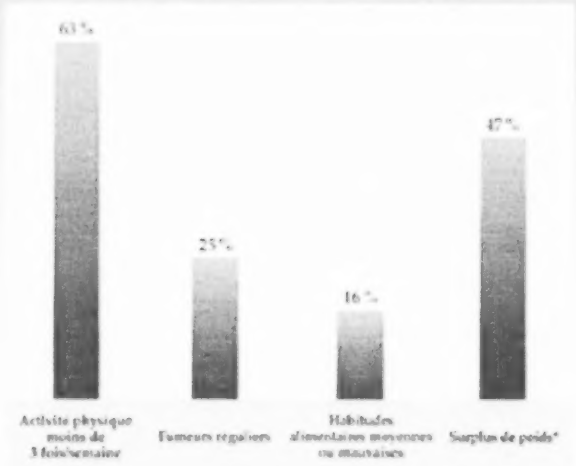
Enfin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 70 % des 456 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS La Pommeraie en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS La Pommeraie, 2000-2001



Source : Fichier des décès, MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. CSSS La Pommeraie, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2000

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 63 % est sédentaire, 25 % fume régulièrement et 16 % déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 47 % des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.**
- **Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.**
- **Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.**

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prévalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de santé mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale :

- en 2000, 5,7 % des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide :

- en 2000-2001, 3 % des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois ;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé :

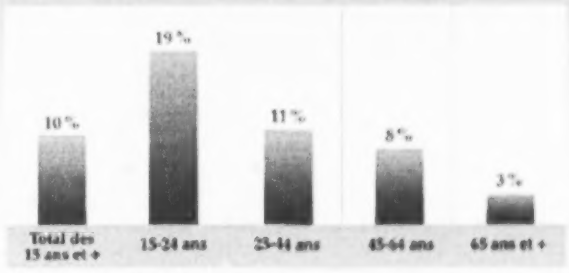
- en 2000-2001, 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale ;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 233 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex. : psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10 % des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS La Pommeraie, ceci représenterait environ 3890 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19 %) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à environ 1297 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgré la plus forte prévalence des troubles.

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb ou Pr*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus	8.0	3270*
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus	15.0	6130*
Insatisfaction face à la vie sexuelle	18 ans et plus	4.4	1710
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus	11.5	4481
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	18 ans et plus	31.3	11487*

*Pr: Population estimée pour le territoire du CSSS. Le Pourcentage sur la base du groupe d'âge concerné

Sources : Enquête SOM 2000
ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les troubles mentaux sévères et persistants: une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, 50 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », environ 125 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est requis pour environ 250 personnes.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.**
- **Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.**
- **Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.**

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS La Pommeraie passera de 7676 à 15825 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura presque doublé par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 89% des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 11% se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 32% des cas.

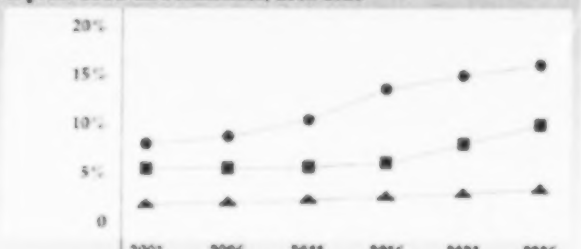
Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 59% vivent à domicile et parmi ces dernières, près de la moitié (49%) demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72% des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67% en déclarent même plusieurs.

Les problèmes de santé peuvent entrainer différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42% des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35%) et une personne sur deux (55%) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

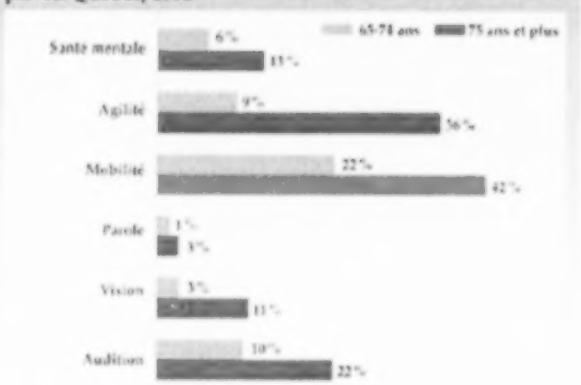
Figure 7 - Poids démographique[1] des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS La Pommeraie, 2001-2026



	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 65-74 ans	8,0	8,7	10,6	13,2	15,0	16,2
■ 75-84 ans	5,5	5,6	5,7	6,3	7,9	10,0
▲ 85 ans +	1,0	2,1	2,4	2,7	2,9	3,5

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



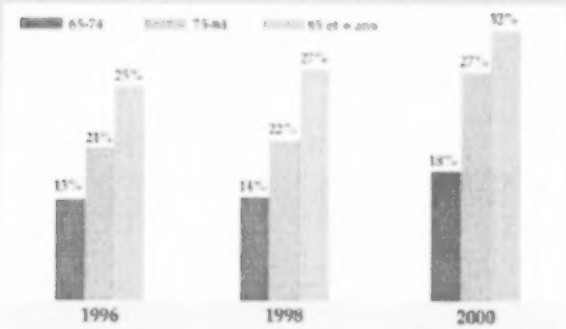
Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

Sur votre territoire, 39% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 2565 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15% de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

Figure 9 - Polymédication: personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source: RAMQ (Barnard et autres 2001)

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 en évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

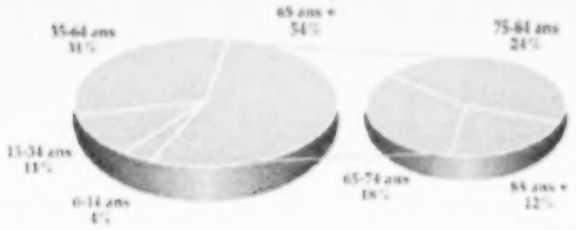
Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Pe*
Risque de dépression : possible ou probable (2001)	5.3	890
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998)	10.0	660
Niveau faible de soutien social (2001)	29.7	1965
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001)	12.6	840

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS La Pommeraie

Sources : ESCC 2000-2001 (Québec)
Enquête sociale et de santé 1998 (Québec)
Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS La Pommeraie, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1998).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, 54 % des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 1 278 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 62 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.**
- **Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.**
- **Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).**

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

L'impact du faible taux de natalité que connait la société québécoise depuis plusieurs années se reflète dans les perspectives populationnelles. En 2001, la population du CSSS compte 10965 enfants de 0-17 ans, mais il est prévu que leur nombre aura baissé à 8447 en 2026. Le poids démographique de cette population diminuera au cours des prochaines décennies (Figure 11).

Figure 11 - Poids démographique[1] des jeunes de 0-17 ans. CSSS La Pommeraie, 2001-2026

	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 0-4 ans	4,7	4,3	4,4	4,4	4,2	3,9
■ 5-11 ans	9,0	7,2	6,4	6,4	6,4	6,3
▲ 12-17 ans	8,1	8,0	6,5	5,6	5,6	5,7

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source: Institut de la statistique du Québec, 2003

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 6035 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 21% des enfants de moins de 5 ans de votre territoire vivent dans une famille à faible revenu. Cette proportion est de 13% pour les enfants de 6-17 ans.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15% des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

Tableau 6 - Caractéristiques des naissances. CSSS La Pommeraie, 1999-2001

416 naissances vivantes par année en moyenne

- 5,2% ont un poids insuffisant (< 2 500 grammes)
- 7,4% sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 12% sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

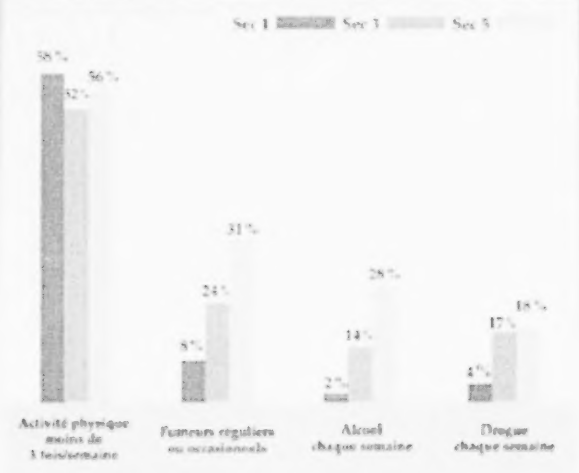
Source: Fichier des naissances, MSSS

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 93% des bébés nés à l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source : DSP Montérégie
Enquête: Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie

« Être jeunes et en santé » ?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94%) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment :

- *les traumatismes routiers, récréatifs ou survenant à domicile)* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes ;
- *les infections transmises sexuellement*, en 2004, 70% des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56% entre 1997 et 2002 dans la région ;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment :

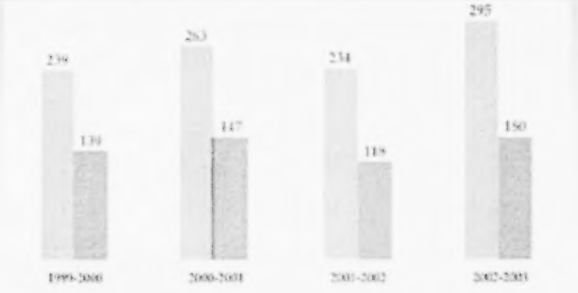
- *à la santé mentale et au suicide :* en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7% présentaient un risque de dépression ; par ailleurs 12% des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents) ;
- *aux grossesses à l'adolescence :* entre 1999 et 2001, en Montérégie, près de 2% des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6% des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans ;
- *aux jeunes contrevenants :* en 2002, 5000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 295 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 51%.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

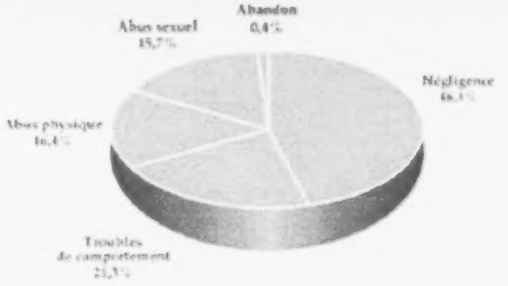
Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS La Pommeraie, 1999-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS La Pommeraie, 2001-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.**
- **Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex. : École en santé), municipal et communautaire.**
- **Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.**

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population : un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle !

Principales sources de données

1. **Données pour le CSSS**
   - Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
   - Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026. Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
   - Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
   - Fichier MED-ÉCHO sur les hospitalisations (MSSS)
   - Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2003 (Direction de santé publique de la Montérégie)
   - Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
   - Rapport I-CLSC RCI0287
   - Système d'information Info-Santé CLSC, 2003-2004
2. **Estimations pour le CSSS** à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment :
   - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)
     Cycle 1.1 : 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ISQ)
     Cycle 1.2 : 2002 Volet santé mentale et bien-être (FUMF)
   - Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
     Enquête sociale et de santé 1998

Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes couvertes sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population ; le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.

Exceptionnellement, certaines données se rapportent à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées.* Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie.* Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 195 p.

DESROSIERS, H et coll. (2002). « Grandir dans un environnement en changement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois.* Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2., 65 p.

HAIEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'allaitement dans les CH de la Montérégie. 2004-2005.* Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé.* Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ. Montréal, 66 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale.* Direction générale des services à la population, Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012.* Gouvernement du Québec, Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence.* Direction générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - la santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs,* Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2001). *Le portrait de santé. Le Québec, et ses régions.* Institut national de santé publique, Les publications du Québec, Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec, statistiques évolutives, 1982-1983 à 1997-1998.* MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007. Montérégie, vers une action renouvelée en santé publique.* Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé. La Montérégie et ses territoires de CLSC.* RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ERJ).* Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Souve, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée :

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, E. Savoie et M. Lavoie (2005). *Le défi de la responsabilité populationnelle, CSSS La Pommeraie.* Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rrsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition : Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique : Rene Lariviere

Remerciements : Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN : 2-89342-313-2
SANTÉCOM : 16-2005-008

LE DÉFI
de la responsabilité populationnelle

CSSS RICHELIEU-YAMASKA

Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire.** Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montérégiennes et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Jocelyne Sauné M.D.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

Réalisé par la Direction de santé publique, 2005

Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (*Loi sur les services sociaux et de santé, 1991*).

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex.: chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

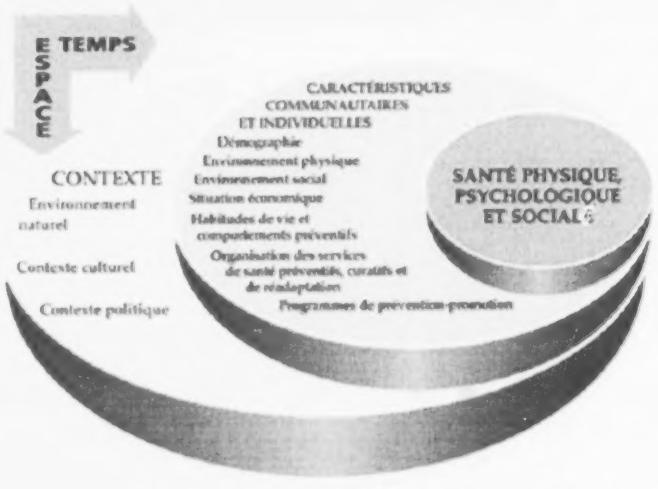
Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population



Adapté de : Shaping a Health Statistics vision for the 21st Century. U.S. Department of Health and Human services et al., 2002

La population du CSSS en bref

Démographie

En 2001, le territoire du CSSS Richelieu-Yamaska comptait 191 329 personnes. Cette population comprend 23% de jeunes de 0-17 ans, 65% d'adultes de 18-64 ans et 12% de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23%, 66% et 11%.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient que :

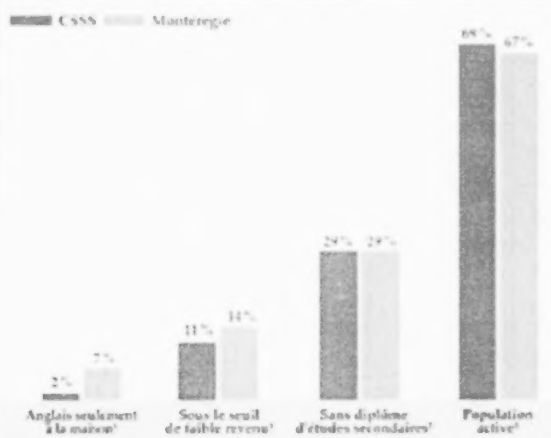
- par rapport à 2011, la population se sera accrue de 5% en 2001 et de 8,3% en 2026;
- la structure par âge de votre population évoluera d'une façon semblable à celle de la Montérégie durant les deux prochaines décennies;
- la proportion de personnes de 65 ans et plus deviendra plus élevée que celle des jeunes de moins de 18 ans entre 2016 et 2021.

Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026. CSSS Richelieu-Yamaska

Population	2001	2006	2011	2016	2021	2026
■ 0-17 ans	44 306	43 060	39 822	37 800	37 860	37 513
▲ 18-64 ans	124 836	129 699	131 370	129 848	125 484	120 331
● 65 ans +	22 187	24 538	29 618	35 949	42 475	49 277
Total	191 329	197 297	200 810	203 597	205 819	207 121

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS Richelieu-Yamaska, 2001



[1] Population de tous âges • [2] Population de 20 ans et plus • [3] Population de 15 ans et plus

Source : Recensement canadien 2001

Caractéristiques socioéconomiques

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- 2% parlaient uniquement anglais à la maison;
- 11% faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, ce qui est un peu moins élevé que la valeur régionale. Selon la municipalité, cette proportion varie de moins de 1% à 24% sur votre territoire;
- 29% des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires;
- 69% de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité); cette dernière comprend toutefois 5,5% de chômeurs.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS Richelieu-Yamaska, cette proportion représenterait près de 99 000 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS Richelieu-Yamaska. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Pe*
Au moins un problème de santé chronique	**63,8**	**99 000**
Allergies autres qu'alimentaires	27,5	42 675
Maux de dos (autres que arthrite / rhumatisme)	13,5	20 950
Hypertension	13,0	20 175
Arthrite / rhumatisme	11,9	18 465
Asthme	9,9	15 365
Migraines	7,5	11 640
Allergies alimentaires	6,2	9 620
Problème de la glande thyroïde	5,0	7 760
Maladie cardiaque	4,9	7 605
Diabète	4,3	6 675
Cataracte	4,2	6 520
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,3	5 120
Ulcères à l'estomac/intestin	2,5	3 880
Cancer	1,4	2 175
Autres problèmes chroniques	9,4	14 585

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS
Source : ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie ; par ailleurs en 2004-2005, 1842 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

À titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, 42 % des hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne 4689 hospitalisations par année, totalisant 51 880 jours d'hospitalisation, soit 42 % de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS Richelieu-Yamaska, 1999-2003

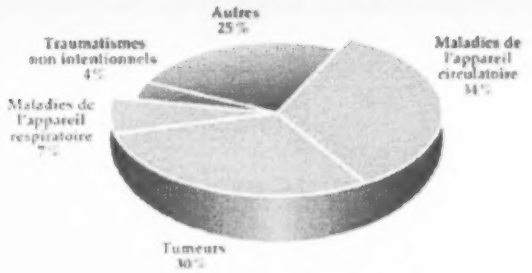
Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	%*	Nb	%**
Tumeurs	1226	11	15 540	13
Maladies de l'appareil circulatoire	2566	23	28 348	23
Maladies de l'appareil respiratoire	898	8	7992	6
Total	4689	42	51 880	42

* p/r au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus
** p/r au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source : Fichier MED-ÉCHO, MSSS

...l'urgence d'agir

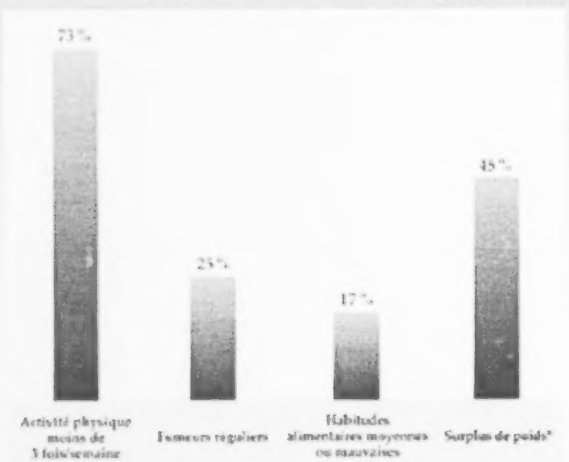
Enfin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 71% des 1283 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS Richelieu-Yamaska en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS Richelieu-Yamaska, 2000-2001



Source : Fichier des décès, MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. CSSS Richelieu-Yamaska, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2000

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 73% est sédentaire, 25% fume régulièrement et 17% déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 45% des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.**
- **Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.**
- **Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.**

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prévalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de santé mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale :

- en 2000, 3,3% des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide :

- en 2000-2001, 3% des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois ;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé :

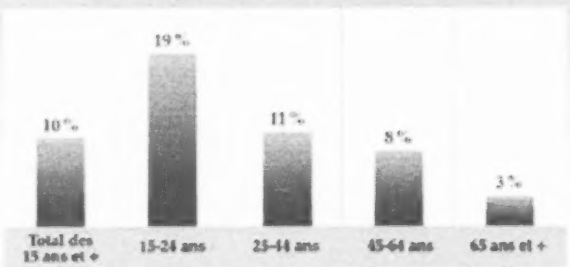
- en 2000-2001, 9% des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale ;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 1081 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex.: psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10% des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS Richelieu-Yamaska, ceci représenterait environ 14775 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19%) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à environ 4925 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgre la plus forte prévalence des troubles.

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb ou Pe*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus	8.0	12415*
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus	15.0	23275*
Insatisfaction face à la vie sociale	15 ans et plus	5.1	7407
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus	9.7	14080
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	15 ans et plus	31.3	43790

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS Richelieu-Yamaska sur la base du groupe d'âge concerné

Sources : Enquête SOM 2000
ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les troubles mentaux sévères et persistants : une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, environ 190 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », 475 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est requis pour 950 personnes.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.**
- **Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.**
- **Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.**

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS Richelieu-Yamaska passera de 22 187 à 49 277 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura doublé par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 86% des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 14% se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 28% des cas.

Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 46% vivent à domicile et parmi ces dernières, plus de la moitié (51%) demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72% des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67% en déclarent même plusieurs.

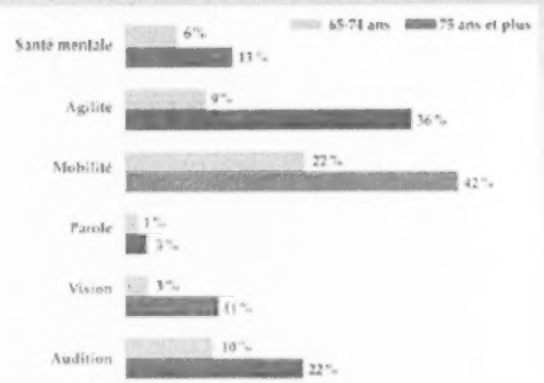
Les problèmes de santé peuvent entraîner différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42% des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35%) et une personne sur deux (55%) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

Figure 7 - Poids démographique[1] des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS Richelieu-Yamaska, 2001-2026

	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 65-74 ans	6,5	6,9	8,7	10,8	12,1	13,2
■ 75-84 ans	3,9	4,2	4,4	4,9	6,3	8,0
▲ 85 ans +	1,2	1,4	1,7	2,0	2,2	2,6

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



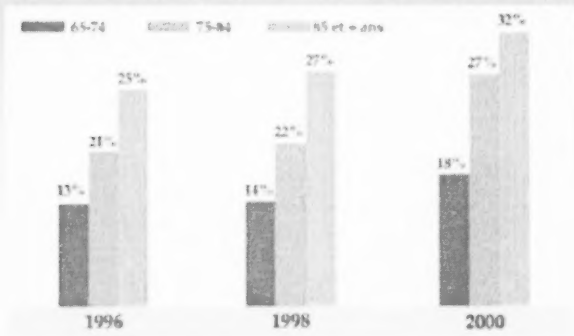
Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998.

Sur votre territoire, 35% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 6645 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15% de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

Figure 9 - Polymédication: personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source : RAMQ (Barnard et autres 2001)

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 en évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

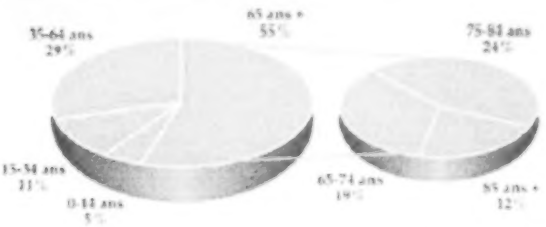
Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Fe*
Risque de dépression : possible ou probable (2001)	5,3	1015
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998)	10,0	1920
Niveau faible de soutien social (2001)	29,7	5700
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001)	14,4	2760

*Fe : Population estimée pour le territoire du CSSS Richelieu-Yamaska
Sources : ESCC 2000-2001 (Québec)
Enquête sociale et de santé 1998 (Québec)
Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS Richelieu-Yamaska, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1999).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, 55 % des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 3289 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 61 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.**
- **Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.**
- **Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).**

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

L'impact du faible taux de natalité que connait la société québécoise depuis plusieurs années se reflète dans les perspectives populationnelles. En 2001, la population du CSSS compte 44 306 enfants de 0-17 ans, mais il est prévu que leur nombre aura baissé à 37 513 en 2026. Le poids démographique de cette population diminuera au cours de la prochaine décennie (Figure 11).

Figure 11 - Poids démographique[1] des jeunes de 0-17 ans. CSSS Richelieu-Yamaska, 2001-2026

	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 0-4 ans	5,4	5,1	5,1	5,0	4,9	4,7
■ 5-11 ans	9,8	8,4	7,3	7,3	7,2	7,2
▲ 12-17 ans	7,9	8,4	7,5	6,3	6,2	6,2

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 24 625 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 12% de ces enfants vivent dans une famille à faible revenu.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15% des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

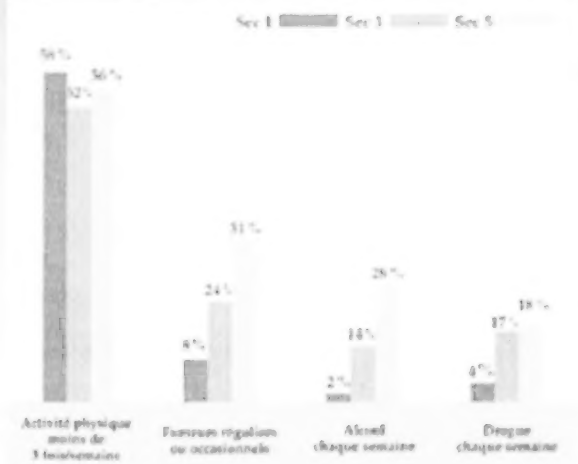
Tableau 6 - Caractéristiques des naissances. CSSS Richelieu-Yamaska, 1999-2001

1788 naissances vivantes par année en moyenne

- 4,5% ont un poids insuffisant (< 2 500 grammes)
- 6,2% sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 9,6% sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

Source : Fichier des naissances, MSSS

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source : DSP Montérégie
Enquête : Expériences de vie des élèves du niveau secondaire de la Montérégie

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 80% des bébés nés au CH de votre territoire ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

« Être jeunes et en santé »?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94%) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment :

- *les traumatismes routiers, récréatifs ou survenant à domicile* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes ;
- *les infections transmises sexuellement* : en 2004, 70% des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56% entre 1997 et 2002 dans la région ;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment :

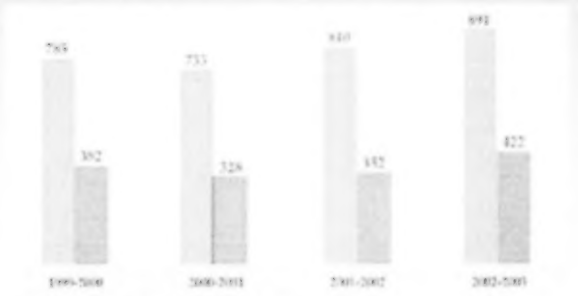
- *à la santé mentale et au suicide :* en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7 % présentaient un risque de dépression, par ailleurs 12 % des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents) ;
- *aux grossesses à l'adolescence :* entre 1999 et 2001, en Montérégie, près de 2 % des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6 % des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans ;
- *aux jeunes contrevenants :* en 2002, 5 000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 891 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 47 %.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS Richelieu-Yamaska, 1999-2003

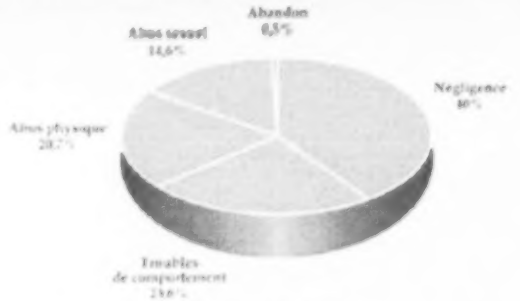


Signalements Signalements retenus

Source : Portrait de la clientèle signalée CIM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS Richelieu-Yamaska, 2001-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CIM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.**
- **Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex. : école en santé), municipal et communautaire.**
- **Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.**

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population : un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle !

Principales sources de données

1. **Données pour le CSSS**
   - Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
   - Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026 Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
   - Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
   - Fichier MED-ÉCHO sur les hospitalisations (MSSS)
   - Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2000 (Direction de santé publique de la Montérégie)
   - Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
   - Rapport I-CLSC ECB2R7
   - Système d'information Info-Santé CLSC, 2003-2004

2. **Estimations pour le CSSS** à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment :
   - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)
     Cycle 1.1 - 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ESQ)
     Cycle 1.2 - 2002 Volet santé mentale et bien-être (FUMF)
   - Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
     Enquête sociale et de santé 1998

   Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes concernées sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population ; le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.

   Exceptionnellement, certaines données se rapportent à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées.* Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie.* Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 193 p.

DESROSIERS, H et coll. (2002). « Grandir dans un environnement en changement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois.* Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2., 65 p.

HAIEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'allaitement dans les CH de la Montérégie, 2004-2005.* Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé.* Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ, Montréal, 68 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale.* Direction générale des services à la population, Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012.* Gouvernement du Québec, Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence.* Direction générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - La santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs.* Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2001). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.* Institut national de santé publique. Les publications du Québec, Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec, statistiques évolutives, 1982-1983 à 1997-1998.* MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007. Montérégie. Vers une action renouvelée en santé publique.* Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC.* RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ).* Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée :

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, F. Savoie et M. Lavoie (2005). *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Richelieu-Yamaska.* Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rrsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition : Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique : René Lanvière

Remerciements : Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN : 2-89342-313-2
SANTÉCOM : 16-2005-008

LE DÉFI
de la responsabilité populationnelle

CSSS DE SOREL-TRACY

Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire.** Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montérégiennes et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Jocelyne Sauvé, M.D.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

Réalisé par la Direction de santé publique, 2005

Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » *(Loi sur les services sociaux et de santé, 1991)*.

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex. : chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population

Adapté de : Shaping a Health Statistics vision for the 21st Century. U.S. Department of Health and Human services et al., 2002

La population du CSSS en bref

Démographie

En 2001, le territoire du CSSS de Sorel-Tracy comptait 51000 personnes. Cette population comprend 18 % de jeunes de 0-17 ans, 66 % d'adultes de 18-64 ans et 16 % de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23 %, 66 % et 11 %.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient une décroissance de la population pour les prochaines décennies. Par rapport à 2001, la population aura diminué de 4,1 % en 2011 et de 12,2 % en 2026 (Figure 2).

Le vieillissement de la population sera plus rapide sur votre territoire qu'en Montérégie.

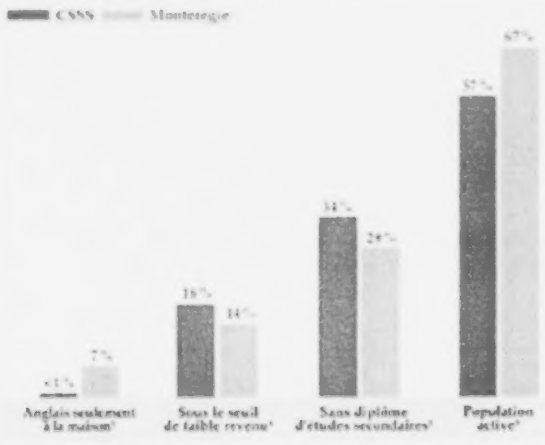
- En 2026, une personne sur trois (35 %) aura 65 ans et plus sur votre territoire alors que cette proportion sera de 24 % pour l'ensemble de la Montérégie.
- Par ailleurs, les enfants et les adolescents ne représenteront que 13 % de la population en 2026 alors qu'à l'échelle de la Montérégie, 18 % de la population aura moins de 18 ans.

Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026. CSSS de Sorel-Tracy

Population	2001	2006	2011	2016	2021	2026
■ 0-17 ans	9191	8137	7032	6333	6079	5737
▲ 18-64 ans	33839	33460	31350	28855	25911	23308
● 65 ans +	7968	8866	10513	12294	14149	15735
Total	50998	50433	48895	47482	46139	44780

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS de Sorel-Tracy, 2001



[1] Population de tous âges • [2] Population de 20 ans et plus • [3] Population de 15 ans et plus

Source : Recensement canadien 2001

Caractéristiques socioéconomiques

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- Moins de 1 % parlaient uniquement anglais à la maison ;
- 18 % faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, ce qui est un peu plus élevé que la valeur régionale. Selon la municipalité, cette proportion varie de 9 % à 40 % sur votre territoire ;
- 34 % des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires. Cette proportion est aussi un peu plus élevée que la valeur régionale ;
- 57 % de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité) ; cette dernière comprend toutefois 9,4 % de chômeurs.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS de Sorel-Tracy, cette proportion représenterait plus de 27000 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie; par ailleurs en 2004-2005, 576 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS de Sorel-Tracy. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Pe*
Au moins un problème de santé chronique	**63,8**	**27735**
Allergies autres qu'alimentaires	27,5	11955
Maux de dos (autres que arthrite / rhumatisme)	13,5	5870
Hypertension	13,0	5650
Arthrite / rhumatisme	11,9	5175
Asthme	9,9	4305
Migraines	7,5	3260
Allergies alimentaires	6,2	2695
Problème de la glande thyroïde	5,0	2175
Maladie cardiaque	4,9	2130
Diabète	4,3	1870
Cataracte	4,2	1825
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,3	1435
Ulcères à l'estomac / intestin	2,5	1085
Cancer	1,4	610
Autres problèmes chroniques	9,4	4085

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS
Source : ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

À titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, 43 % de toutes les hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne 1619 hospitalisations par année, totalisant 17416 jours d'hospitalisation, soit 34 % de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS de Sorel-Tracy, 1999-2003

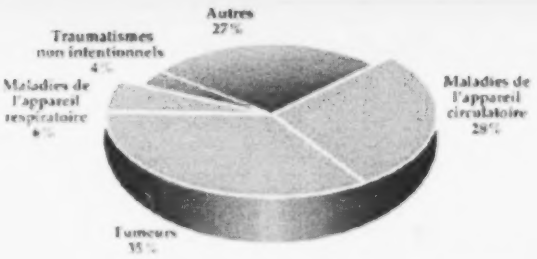
Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	%*	Nb	%**
Tumeurs	357	9	8072	10
Maladies de l'appareil circulatoire	972	25	9175	18
Maladies de l'appareil respiratoire	325	9	2589	6
Total	1619	43	17416	34

* p/r au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus
** p/r au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

...l'urgence d'agir

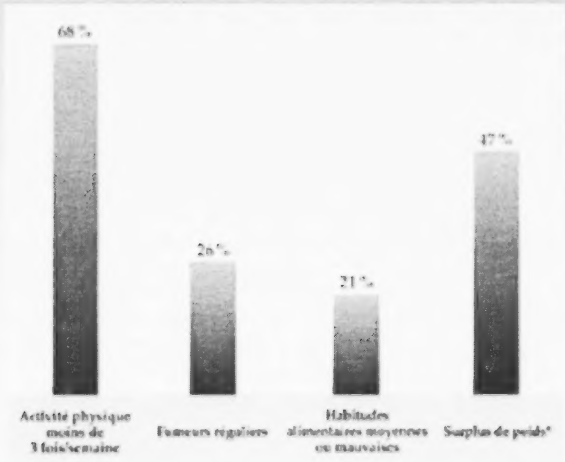
Entin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 69 % des 452 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS de Sorel-Tracy en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS de Sorel-Tracy, 2000-2001



Source : Fichier des décès, MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés, CSSS de Sorel-Tracy, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2000

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 68 % est sédentaire, 26 % fume régulièrement et 21 % déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 47 % des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.**
- **Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.**
- **Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.**

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prévalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de santé mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale :

- en 2000, 4,5% des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide :

- en 2000-2001, 3% des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois ;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé :

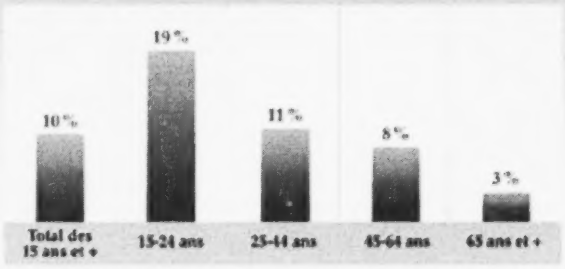
- en 2000-2001, 9% des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale ;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 387 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex. : psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10% des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS de Sorel-Tracy, ceci représenterait environ 4 180 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19%) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à environ 1 393 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgre la plus forte prévalence des troubles.

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb ou Pe*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus	8,0	3 480*
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus	15,0	6 520*
Insatisfaction face à la vie sociale	15 ans et plus	5,3	2 290
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus	10,5	4 572
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	18 ans et plus	31,3	12 533*

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS de Sorel-Tracy sur la base du groupe d'âge concerné

Sources : 1 Enquête SOM 2000
2 ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les troubles mentaux sévères et persistants : une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, 51 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », environ 130 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est requis pour environ 255 personnes.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.**
- **Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.**
- **Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.**

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS de Sorel-Tracy passera de 7968 à 15735 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura plus que doublé par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 91% des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 9% se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 33% des cas.

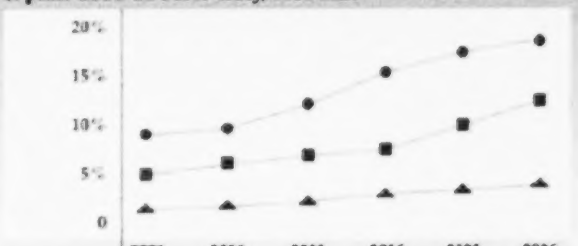
Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 57% vivent à domicile et parmi ces dernières, 33% demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72% des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67% en déclarent même plusieurs.

Les problèmes de santé peuvent entraîner différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42% des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35%) et une personne sur deux (55%) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

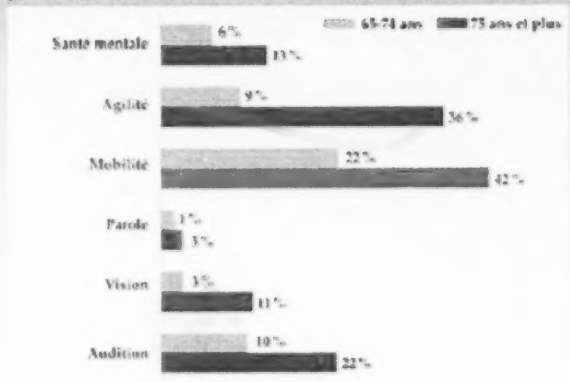
Figure 7 - Poids démographique[1] des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS de Sorel-Tracy, 2001-2026



	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 65-74 ans	9,2	9,6	12,3	15,4	17,4	18,5
■ 75-84 ans	5,0	6,3	6,9	7,5	9,8	12,5
▲ 85 ans +	1,4	1,7	2,3	3,0	3,5	4,1

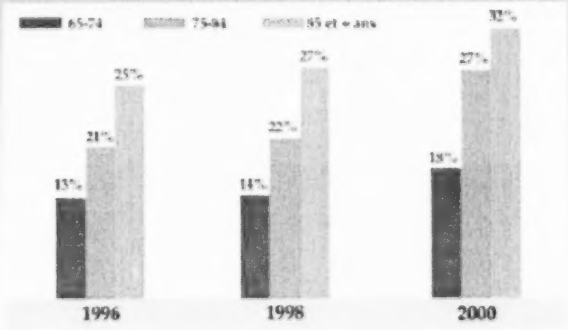
[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998.

Figure 9 - Polymédication: personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source: RAMQ (Barnard et autres 2001)

Sur votre territoire, 34% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 2475 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15% de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 en évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

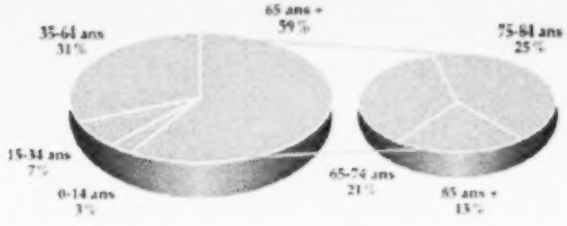
Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Pe*
Risque de dépression : possible ou probable (2001)	5,3	380
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998)	10,0	720
Niveau faible de soutien social (2001)	29,7	2135
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001)	20,1	1 445

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS de Sorel-Tracy.
Sources : ESCC 2000-2001 (Québec)
Enquête sociale et de santé 1998 (Québec)
Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS de Sorel-Tracy, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1999).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, 59 % des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 1831 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 55 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.**
- **Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.**
- **Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).**

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

Selon les perspectives actuelles, le nombre de jeunes de 0-17 ans du territoire du CSSS passera de 9191 à 5737 entre 2001 et 2026 (Figure 2). Le poids démographique des enfants de 0-4 ans évoluera peu après 2006. Il en sera de même pour les jeunes de 5-11 ans après 2011, et pour les adolescents de 12-17 ans après 2016 (Figure 11).

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 5455 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 25% des enfants de moins de 5 ans de votre territoire vivent dans une famille à faible revenu. Cette proportion est de 16% pour les enfants de 6-17 ans.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15% des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

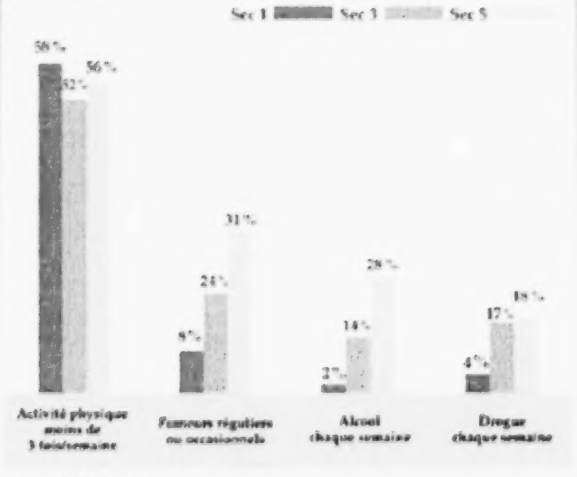
Tableau 6 - Caractéristiques des naissances. CSSS de Sorel-Tracy, 1999-2001

353 naissances vivantes par année en moyenne

- 6,8% ont un poids insuffisant (< 2500 grammes)
- 9,9% sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 14% sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

Source: Fichier des naissances, MSSS

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source: DSP Montérégie
Enquête: Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie

Figure 11 - Poids démographique[1] des jeunes de 0-17 ans. CSSS de Sorel-Tracy, 2001-2026

	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 0-4 ans	3,8	3,5	3,5	3,4	3,2	3,0
■ 5-11 ans	7,3	5,9	5,2	5,2	5,1	5,0
▲ 12-17 ans	6,9	6,6	5,7	4,7	4,8	4,8

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source: Institut de la statistique du Québec, 2003

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 72% des bébés nés à l'Hôtel-Dieu de Sorel ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

« Être jeunes et en santé » ?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94%) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment:

- *les traumatismes routiers, récréatifs ou survenant à domicile)* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes;
- *les infections transmises sexuellement*: en 2004, 70% des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56% entre 1997 et 2002 dans la région;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment :

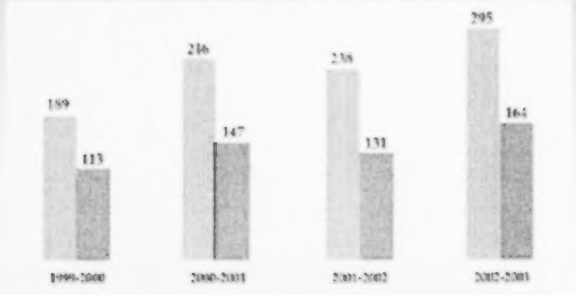
- *à la santé mentale et au suicide :* en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7% présentaient un risque de dépression ; par ailleurs 12% des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents) ;
- *aux grossesses à l'adolescence :* entre 1999 et 2001, en Montérégie, près de 2% des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6% des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans ;
- *aux jeunes contrevenants :* en 2002, 5000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 295 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 56%.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS de Sorel-Tracy, 1999-2003

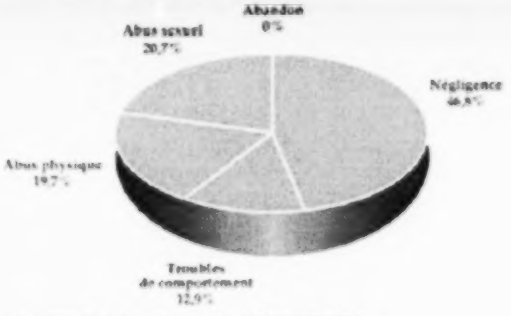


Signalements Signalements retenus

Source : Portrait de la clientèle signalée CIM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS de Sorel-Tracy, 2001-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CIM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.**
- **Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex. : École en santé), municipal et communautaire.**
- **Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.**

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population : un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle !

Principales sources de données

1. Données pour le CSSS

- Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
- Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026 Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
- Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
- Fichier MED-ECHO sur les hospitalisations (MSSS)
- Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2000 (Direction de santé publique de la Montérégie)
- Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
- Rapport I-CLSC FGJ2R7
- Système d'information Info-Santé CLSC, 2003-2004

2. Estimations pour le CSSS à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment :

- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)
  Cycle 1.1 - 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ESQ)
  Cycle 1.2 - 2002 Volet santé mentale et bien-être (FUMF)
- Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
  Enquête sociale et de santé 1998

Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes concernées sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population : le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.

Exceptionnellement, certaines données se rapportent à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées.* Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie.* Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 193 p.

DESROSIERS, H et coll. (2002). « Grandir dans un environnement en changement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois.* Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2., 65 p.

HAIEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'allaitement dans les CH de la Montérégie, 2004-2005.* Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé.* Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ, Montréal, 68 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale.* Direction générale des services à la population, Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012.* Gouvernement du Québec, Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence.* Direction générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - la santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs,* Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2001). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.* Institut national de santé publique. Les publications du Québec, Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec, statistiques évolutives, 1982-1983 à 1997-1998,* MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007: Montérégie. Vers une action renouvelée en santé publique.* Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé : la Montérégie et ses territoires de CLSC.* RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ).* Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Souve, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée :

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, E. Savoie et M. Lavoie (2005) *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS de Sorel-Tracy,* Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rrsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition : Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique : René Lanvière

Remerciements : Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN : 2-89342-313-2
SANTECOM : 16-2005-008

LE DÉFI
de la responsabilité populationnelle

CSSS DU SUROÎT

Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire.** Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montérégiennes et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Jocelyne Sauvé, M.D.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

Réalisé par la Direction de santé publique, 2005

Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » *(Loi sur les services sociaux et de santé, 1991)*.

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex. : chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population

Adapté de : Shaping a Health Statistics Vision for the 21st Century. U.S. Department of Health and Human services *et al.*, 2002

La population du CSSS en bref

Démographie

En 2001, le territoire du CSSS du Suroît comptait 54 624 personnes. Cette population comprend 20 % de jeunes de 0-17 ans, 64 % d'adultes de 18-64 ans et 16 % de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23 %, 66 % et 11 %.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient une faible croissance de la population pour les prochaines décennies. Par rapport à 2001, la population se sera accrue de 1,1 % en 2011 et de 1,7 % en 2026 (Figure 2).

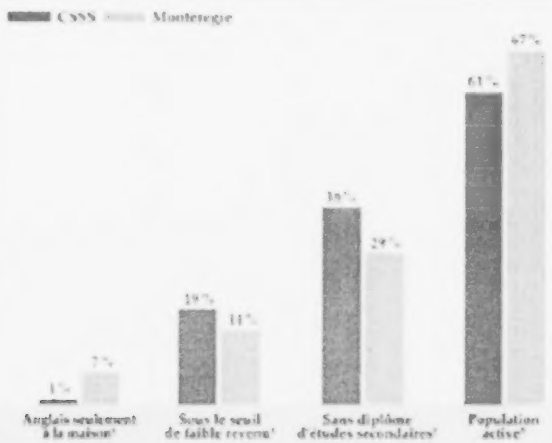
- En 2011, la proportion des personnes de 65 ans et plus de votre territoire (20 %) sera toujours plus élevée que celle de la Montérégie (15 %). Il en sera de même en 2026 (31 % c. 24 %).
- En 2011, le poids démographique des personnes de 65 ans et plus sera supérieur à celui des 0-17 ans (16 %). En 2026, il y aura 31 % d'aînés et 14 % de jeunes sur votre territoire.

Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026. CSSS du Suroît

Population	2001	2006	2011	2016	2021	2026
■ 0-17 ans	11 023	10 119	8 799	8 157	8 131	7 979
▲ 18-64 ans	34 961	35 691	35 435	34 422	32 555	30 375
● 65 ans +	8 640	9 404	10 967	12 720	14 768	17 174
Total	54 624	55 214	55 201	55 299	55 454	55 528

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS du Suroît, 2001



¹ Population de tous âges. ² Population de 20 ans et plus. ³ Population de 15 ans et plus.

Source : Recensement canadien 2001

Caractéristiques socioéconomiques

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- 1 % parlaient uniquement anglais à la maison ;
- 19 % faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, ce qui est un peu plus élevé que la valeur régionale. Selon la municipalité, cette proportion varie de 1 % à 20 % sur votre territoire ;
- 38 % des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires. Cette proportion est aussi plus élevée que la valeur régionale ;
- 61 % de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité), cette dernière comprend toutefois 7 % de chômeurs.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS du Suroît, cette proportion représenterait près de 29000 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie; par ailleurs en 2004-2005, 542 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS du Suroît. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Pe*
Au moins un problème de santé chronique	**63,8**	**29290**
Allergies autres qu'alimentaires	27,5	12625
Maux de dos (autres que arthrite / rhumatisme)	13,5	6200
Hypertension	13,0	5970
Arthrite / rhumatisme	11,9	5465
Asthme	9,9	4545
Migraines	7,5	3445
Allergies alimentaires	6,2	2845
Problème de la glande thyroïde	5,0	2295
Maladie cardiaque	4,9	2251
Diabète	4,3	1975
Cataracte	4,2	1930
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,3	1515
Ulcères à l'estomac / intestin	2,5	1150
Cancer	1,4	645
Autres problèmes chroniques	9,4	4315

*Pe: Population estimée pour le territoire du CSSS
Source: ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

A titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, presque la moitié (48%) de toutes les hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne 2044 hospitalisations par année, totalisant 20772 jours d'hospitalisation, soit aussi presque la moitié (47%) de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS du Suroît, 1999-2003

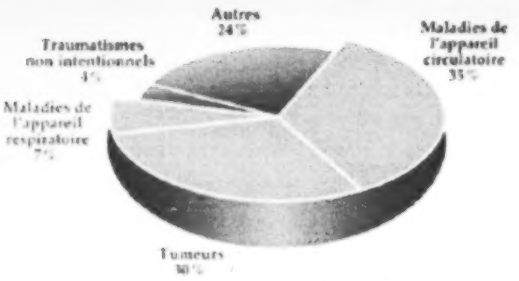
Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	%*	Nb	%**
Tumeurs	397	9	5188	12
Maladies de l'appareil circulatoire	1141	27	11179	25
Maladies de l'appareil respiratoire	506	12	4405	10
Total	2044	48	20772	47

* p/r au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus
** p/r au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source: Fichier MED-ECHO, MSSS

...l'urgence d'agir

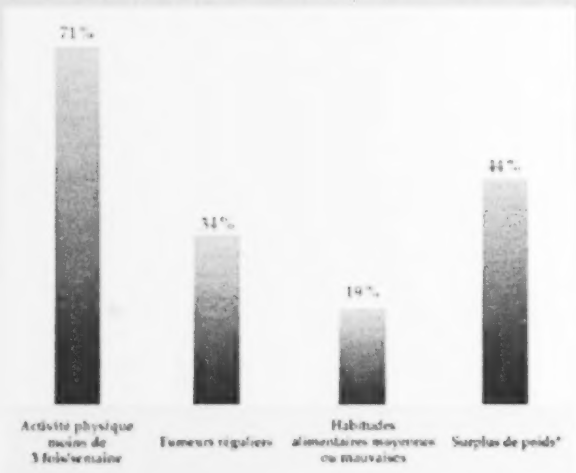
Enfin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 72% des 488 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS du Suroît en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS du Suroît, 2000-2001



Source : Fichier des décès, MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. CSSS du Suroît, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2000

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 71% est sédentaire, 34% fume régulièrement et 19% déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 44% des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.**
- **Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.**
- **Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.**

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prevalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de sante mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale :

- en 2000, 4,8 % des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide :

- en 2000-2001, 3 % des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois ;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé :

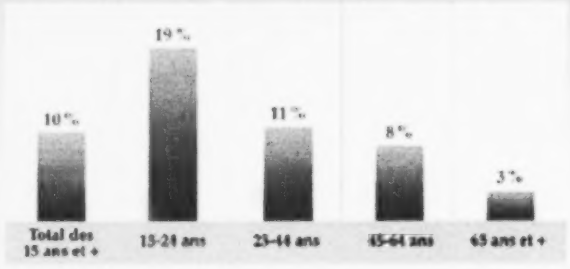
- en 2000-2001, 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale ;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 361 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex. : psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10 % des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS du Suroît, ceci représenterait environ 4000 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19 %) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à environ 1 330 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgré la plus forte prévalence des troubles.

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb ou Pe*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus	8,0	3625*
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus	15,0	6885*
Insatisfaction face à la vie sociale	15 ans et plus[1]	5,3	2355
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus[1]	14,4	6422
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	18 ans et plus	31,3	13167

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS du Suroît sur la base du groupe d'âge concerné

Sources : Enquête SOM 2000
[1] ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les troubles mentaux sévères et persistants: une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, environ 55 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », 140 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est requis pour 275 personnes.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.**
- **Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.**
- **Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.**

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS du Suroît passera de 8640 à 17174 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura presque doublé par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 90% des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 10% se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 34% des cas.

Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 55% vivent à domicile et parmi ces dernières, près de la moitié (48%) demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72% des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67% en déclarent même plusieurs.

Les problèmes de santé peuvent entraîner différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42% des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35%) et une personne sur deux (55%) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

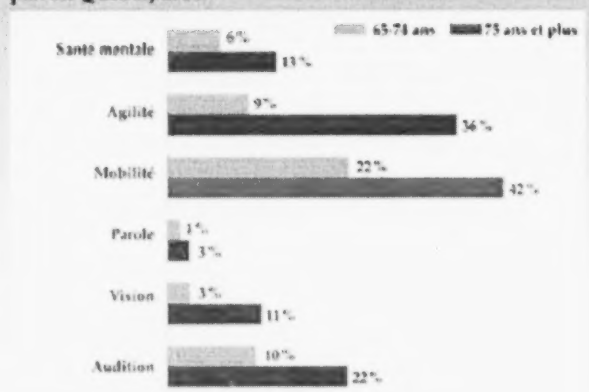
Figure 7 - Poids démographique[1] des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS du Suroît, 2001-2026

	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 65-74 ans	8,6	8,9	10,8	13,2	14,7	16,6
■ 75-84 ans	5,5	6,1	6,5	6,8	8,5	10,6
▲ 85 ans +	1,6	2,1	2,6	3,0	3,4	3,8

[1] % par rapport à la population totale du CSSS

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



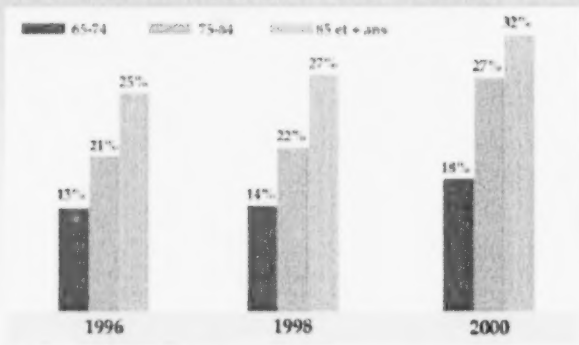
Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998.

Sur votre territoire, 37% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 2870 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15% de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

Figure 9 - Polymédication : personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source : RAMQ (Barnard et autres 2001)

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 en évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

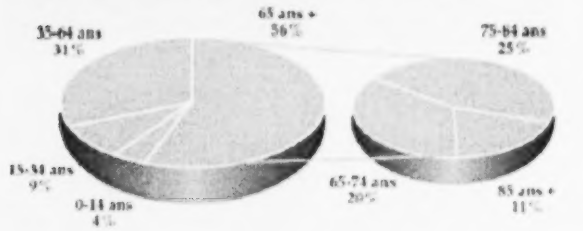
Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Fc*
Risque de dépression : possible ou probable (2001)	5,3	410
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998)	10,0	775
Niveau faible de soutien social (2001)	29,7	2 305
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001)	24,8	1915

*Fc : Population estimée pour le territoire du CSSS du Sumit
Sources : ESCC 2000-2001 (Québec)
Enquête sociale et de santé 1998 (Québec)
Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS du Sumit, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1999).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, 56 % des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 1 355 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 64 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.**
- **Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.**
- **Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).**

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

L'impact du faible taux de natalité que connait la société québécoise depuis plusieurs années se reflète dans les perspectives populationnelles. En 2001, la population du CSSS compte 11 023 enfants de 0-17 ans, mais il est prévu que leur nombre aura baissé à 7 979 en 2026. Le poids démographique de cette population diminuera au cours de la prochaine décennie (Figure 11).

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 6 435 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 23% des enfants de moins de 5 ans de votre territoire vivent dans une famille à faible revenu. Cette proportion est de 20% pour les enfants de 6-17 ans.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15% des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

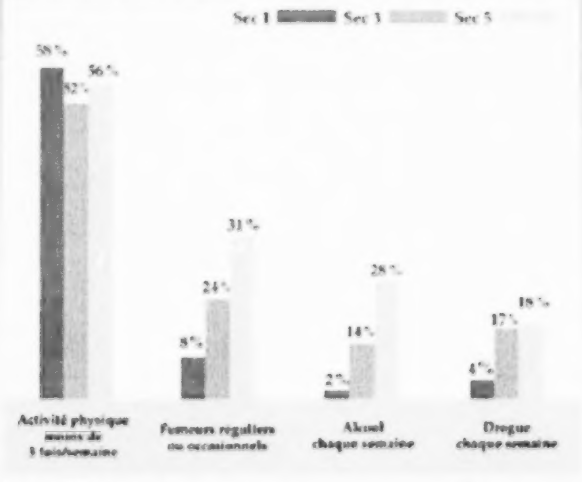
Tableau 6 - Caractéristiques des naissances. CSSS du Suroît, 1999-2001

430 naissances vivantes par année en moyenne

- 6,5% ont un poids insuffisant (< 2 500 grammes)
- 7,9% sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 23% sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

Source: Fichier des naissances, MSSS

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source: DSP Montérégie
Enquête: Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie

Figure 11 - Poids démographique[1] des jeunes de 0-17 ans. CSSS du Suroît, 2001-2026

	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 0-4 ans	4,3	3,9	3,9	3,9	3,8	3,6
■ 5-11 ans	8,7	6,6	5,7	5,7	5,7	5,6
▲ 12-17 ans	7,2	7,8	6,3	5,2	5,2	5,1

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source: Institut de la statistique du Québec, 2003

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 77% des bébés nés dans le CH Régional du Suroît ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

« Être jeunes et en santé »?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94%) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment:

- *les traumatismes (routiers, récréatifs ou survenant à domicile)* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes;
- *les infections transmises sexuellement:* en 2004, 70% des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56% entre 1997 et 2002 dans la région;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment :

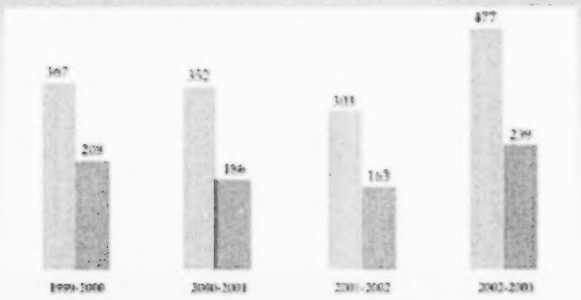
- *à la santé mentale et au suicide* : en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7% présentaient un risque de dépression ; par ailleurs 12% des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents) ;
- *aux grossesses à l'adolescence* : entre 1999 et 2001, en Montérégie, près de 2% des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6% des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans ;
- *aux jeunes contrevenants* : en 2002, 5000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 477 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 50%.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

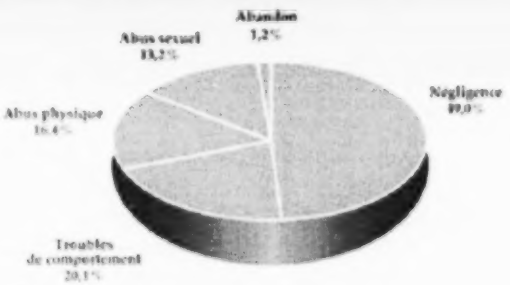
Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS du Suroît, 1999-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS du Suroît, 2001-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.**
- **Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex. : École en santé), municipal et communautaire.**
- **Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.**

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population : un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle !

Principales sources de données

1. **Données pour le CSSS**
   - Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
   - Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026. Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
   - Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
   - Fichier MED-ÉCHO sur les hospitalisations (MSSS)
   - Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2000 (Direction de santé publique de la Montérégie)
   - Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
   - Rapport I-CLSC FGR2R7
   - Système d'information Info-Santé CLSC, 2003-2004
2. **Estimations pour le CSSS** à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment :
   - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)
     Cycle 1.1 - 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ISQ)
     Cycle 1.2 - 2002 Volet santé mentale et bien-être (PUMF)
   - Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
     Enquête sociale et de santé 1998

   Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes concernées sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population; le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.
3. Exceptionnellement, certaines données se rapportent à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées.* Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2001. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie.* Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 193 p.

DESROSIERS, H et coll. (2002). « Grandir dans un environnement en changement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2., 65 p.

HAIEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'allaitement dans les CH de la Montérégie, 2004-2005.* Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé.* Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ, Montréal, 68 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale.* Direction générale des services à la population, Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012.* Gouvernement du Québec, Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, Direction générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - la santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*, Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2001). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.* Institut national de santé publique. Les publications du Québec, Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec, statistiques évolutives, 1982-1983 à 1997-1998.* MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007. Montérégie. Vers une action renouvelée en santé publique.* Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC.* RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ).* Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Souve, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée :

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, E. Savoie et M. Lavoie (2005). *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS du Suroît*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rrsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition : Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique : Rene Lariviere

Remerciements : Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN : 2-89342-313-2
SANTECOM : 16-2005-008

LE DÉFI
de la responsabilité populationnelle

CSSS VAUDREUIL-SOULANGES

Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire.** Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montérégiennes et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Jocelyne Sauvé, M.D.

Québec

Réalisé par la Direction de santé publique, 2005

Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (*Loi sur les services sociaux et de santé, 1991*).

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex. : chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population

Adapté de : Shaping a Health Statistics vision for the 21st Century. U.S. Department of Health and Human services et al., 2002

La population du CSSS en bref

Démographie

En 2001, le territoire du CSSS Vaudreuil-Soulanges comptait 104 087 personnes. Cette population comprend 25% de jeunes de 0-17 ans, 65% d'adultes de 18-64 ans et 10% de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23%, 66% et 11%.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient que par rapport à 2001, la population se sera accrue de 16% en 2011 et de 28% en 2026 (Figure 2).

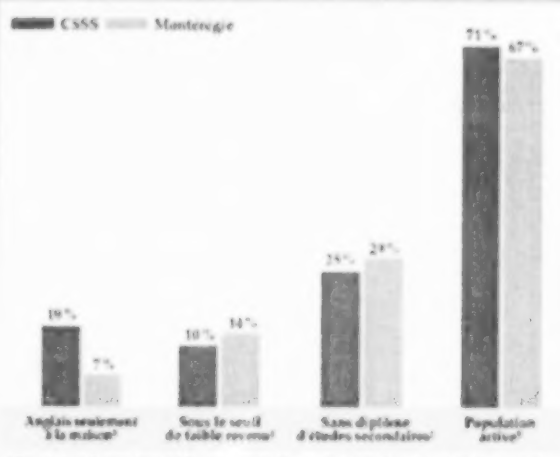
- En 2011, la proportion des personnes de 0-17 ans de votre territoire (22%) sera toujours plus élevée que celle de la Montérégie (19%). Il en sera de même en 2026 (20% c. 18%).
- En 2026, le poids démographique des personnes de 65 ans aura rejoint celui des jeunes de 0-17 ans (20%).

Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026. CSSS Vaudreuil-Soulanges

Population	2001	2006	2011	2016	2021	2026
■ 0-17 ans	26 512	27 534	26 136	25 298	25 840	26 199
▲ 18-64 ans	67 607	76 111	80 261	82 243	81 904	80 253
● 65 ans +	9 968	11 748	14 564	18 203	22 220	26 931
Total	104 087	115 393	120 961	125 744	129 964	133 383

Source : Institut de la statistique du Québec, 2001

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS Vaudreuil-Soulanges, 2001



¹ Population de tous âges • ² Population de 20 ans et plus • ³ Population de 15 ans et plus

Source : Recensement canadien 2001

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- 19% parlaient uniquement anglais à la maison, soit une proportion assez élevée en comparaison de l'ensemble de la région ;
- 10% faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, ce qui est un peu moins élevé que la valeur régionale. Selon la municipalité, cette proportion varie de 5% à 26% sur votre territoire ;
- 25% des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires. Cette proportion est aussi un peu moins élevée que la valeur régionale ;
- 71% de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité) ; cette dernière comprend toutefois 5% de chômeurs.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS Vaudreuil-Soulanges, cette proportion représenterait près de 53000 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie ; par ailleurs en 2004-2005, 848 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS Vaudreuil-Soulanges. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Pe*
Au moins un problème de santé chronique	**63,8**	**52790**
Allergies autres qu'alimentaires	27,5	22755
Maux de dos (autres que arthrite /rhumatisme)	13,5	11170
Hypertension	13,0	10755
Arthrite/rhumatisme	11,9	9845
Asthme	9,9	8190
Migraines	7,5	6205
Allergies alimentaires	6,2	5130
Problème de la glande thyroïde	5,0	4135
Maladie cardiaque	4,9	4055
Diabète	4,3	3560
Cataracte	4,2	3475
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,3	2730
Ulcères à l'estomac/intestin	2,5	2070
Cancer	1,4	1160
Autres problèmes chroniques	9,4	7780

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS
Source : ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

À titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, 42 % de toutes les hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne 1 989 hospitalisations par année, totalisant plus de 22 000 jours d'hospitalisation, soit 45 % de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS Vaudreuil-Soulanges, 1999-2003

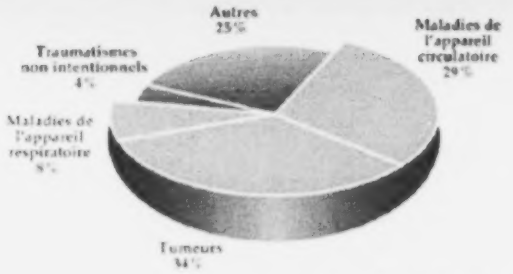
Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	%*	Nb	%†
Tumeurs	497	11	6475	13
Maladies de l'appareil circulatoire	1072	23	11128	23
Maladies de l'appareil respiratoire	421	9	4408	9
Total	1989	42	22012	45

* p/r au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus
† p/r au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

...l'urgence d'agir

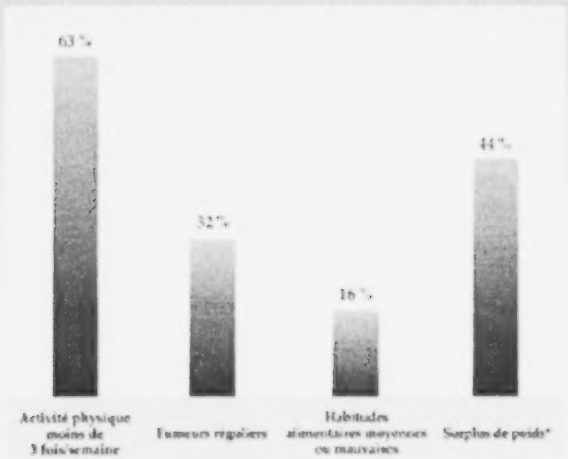
Enfin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 71 % des 570 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS Vaudreuil-Soulanges en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS Vaudreuil-Soulanges, 2000-2001



Source : Fichier des décès, MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. CSSS Vaudreuil-Soulanges, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2000

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 63 % est sédentaire, 32 % fume régulièrement et 16 % déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 44 % des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.**
- **Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.**
- **Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.**

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prévalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de santé mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale :

- en 2000, 5,4 % des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide :

- en 2000-2001, 3 % des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois ;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé :

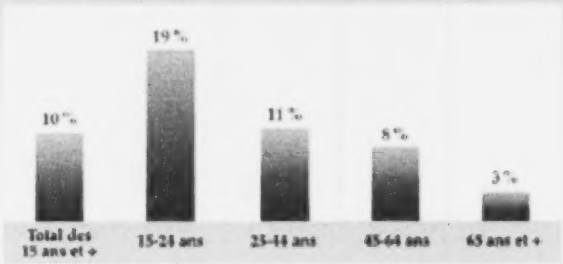
- en 2000-2001, 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale ;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 336 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex. : psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10 % des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS Vaudreuil-Soulanges, ceci représenterait environ 7800 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19 %) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à environ 2600 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgré la plus forte prévalence des troubles.

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb ou Pe*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus	8,0	6 627
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus	15,0	12 410
Insatisfaction face à la vie sociale	15 ans et plus[1]	6,9	5 048
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus	14,0	10 093
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	15 ans et plus	31,3	23 607

*Pe: Population estimée pour le territoire du CSSS Vaudreuil-Soulanges sur la base du groupe d'âge concerné

Sources : [1] Enquête SOM 2000
[2] ESCC 2000-2001 (Montérégie)

Les troubles mentaux sévères et persistants: une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, environ 100 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », environ 250 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est pour 500 personnes.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE: QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.**
- **Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.**
- **Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.**

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS Vaudreuil-Soulanges passera de 9968 à 26931 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura doublé par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 92% des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 8% se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 26% des cas.

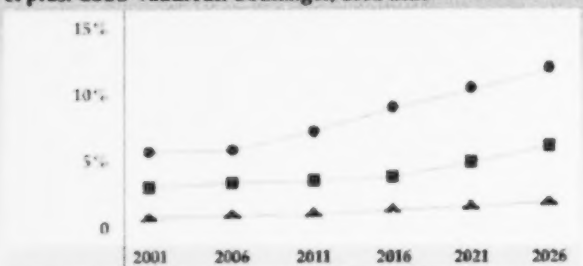
Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 60% vivent à domicile et parmi ces dernières, 41% demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72% des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67% en déclarent même plusieurs.

Les problèmes de santé peuvent entrainer différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42% des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35%) et une personne sur deux (55%) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

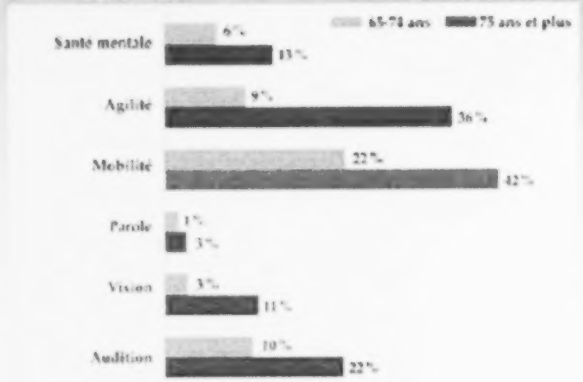
Figure 7 - Poids démographique[1] des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS Vaudreuil-Soulanges, 2001-2026



	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 65-74 ans	5,7	5,8	7,3	9,2	10,6	12,1
■ 75-84 ans	3,1	3,4	3,5	3,8	4,9	6,3
▲ 85 ans +	0,8	1,0	1,2	1,4	1,6	1,8

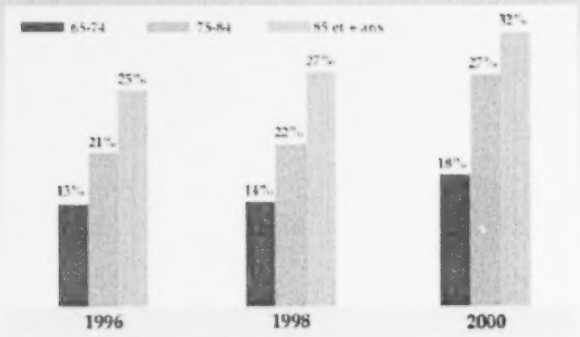
[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

Figure 9 - Polymédication: personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source : RAMQ (Barnard et autres 2001)

Sur votre territoire, 37% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 3360 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15% de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 en évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

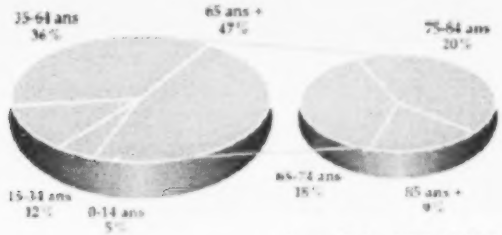
Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Pe*
Risque de dépression : possible ou probable (2001)	5.3	385*
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998)	10.0	915*
Niveau faible de soutien social (2001)	29.7	2710*
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001)	16.6	1525

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS Vaudreuil-Soulanges.
Sources : ESCC 2000-2001 (Québec)
Enquête sociale et de santé 1998 (Québec)
Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS Vaudreuil-Soulanges, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1999).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, 47 % des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 1 219 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 53 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.**
- **Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.**
- **Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).**

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

Selon les perspectives démographiques actuelles, le territoire du CSSS Vaudreuil-Soulanges comptera plus de 25000 jeunes de 0-17 ans au cours des prochaines décennies, leur nombre fluctuant pendant cette période (Figure 2). Néanmoins, leur poids démographique baissera tout de même, notamment à cause de l'augmentation importante du nombre de personnes de 65 ans et plus.

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 14 515 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 12% des enfants de moins de 5 ans de votre territoire vivent dans une famille à faible revenu. Cette proportion est de 11% pour les enfants de 6-17 ans.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15% des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

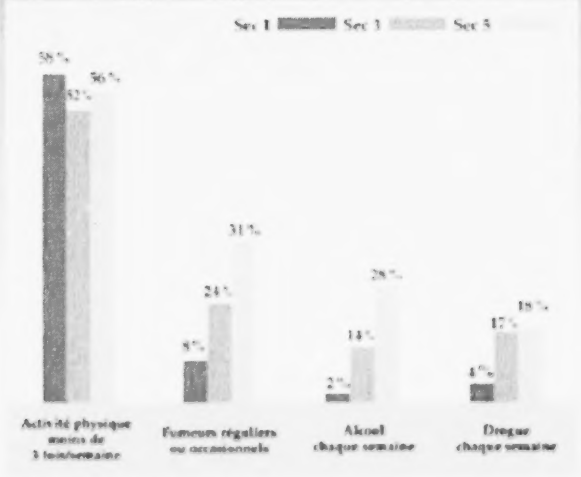
Tableau 6 - Caractéristiques des naissances, CSSS Vaudreuil-Soulanges, 1999-2001

1171 naissances vivantes par année en moyenne

- 5,5% ont un poids insuffisant (< 2 500 grammes)
- 7,4% sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 7% sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

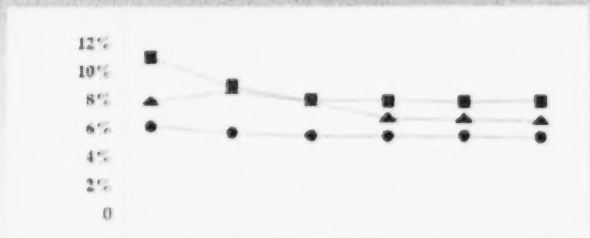
Source: Fichier des naissances, MSSS

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source: DSP Montérégie
Enquête: Expériences de vie des élèves du niveau secondaire de la Montérégie

Figure 11 - Poids démographique[1] des jeunes de 0-17 ans, CSSS Vaudreuil-Soulanges, 2001-2026



	2001	2006	2011	2016	2021	2026
● 0-4 ans	6,3	5,8	5,6	5,5	5,5	5,4
■ 5-11 ans	11,3	9,3	8,1	7,9	7,8	7,8
▲ 12-17 ans	7,9	8,8	7,9	6,7	6,6	6,5

[1] % par rapport à la population totale du CSSS
Source: Institut de la statistique du Québec, 2003

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 82% des bébés nés dans un CH de la Montérégie ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

« Être jeunes et en santé » ?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94%) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment :

- *les traumatismes routiers, récréatifs ou survenant à domicile* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes ;
- *les infections transmises sexuellement* : en 2004, 70% des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56% entre 1997 et 2002 dans la région ;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment :

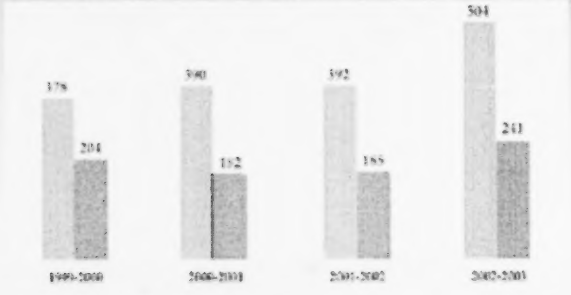
- *à la santé mentale et au suicide :* en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7% présentaient un risque de dépression ; par ailleurs 12% des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents) ;
- *aux grossesses à l'adolescence :* entre 1999 et 2001, en Montérégie, près de 2% des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6% des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans ;
- *aux jeunes contrevenants :* en 2002, 5000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 504 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 48%.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

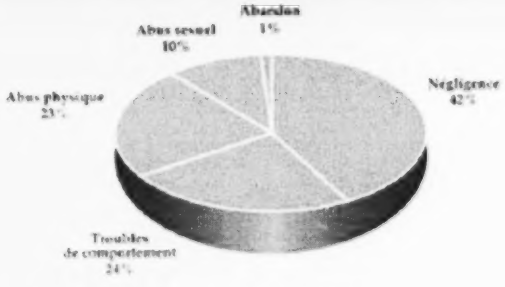
Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS Vaudreuil-Soulanges, 1999-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS Vaudreuil-Soulanges, 2001-2003



Source : Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- **Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.**
- **Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex. : École en santé), municipal et communautaire.**
- **Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.**

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population : un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle !

Principales sources de données

1. Données pour le CSSS

- Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
- Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026. Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
- Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
- Fichier MED-ÉCHO sur les hospitalisations (MSSS)
- Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2000 (Direction de santé publique de la Montérégie)
- Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
- Rapport I-CLSC FG82R7
- Système d'information Info-Santé CLSC, 2003-2004

2. Estimations pour le CSSS à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment :

- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)
  Cycle 1.1 - 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ISQ)
  Cycle 1.2 - 2002 Volet santé mentale et bien-être (FUMF)
- Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
  Enquête sociale et de santé 1998

Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes concernées sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population ; le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.

Exceptionnellement, certaines données se rapportent à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées.* Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie.* Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 193 p.

DESROSIERS, H et coll. (2002). « Grandir dans un environnement en changement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois*. Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2, 65 p.

HAIEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'allaitement dans les CH de la Montérégie, 2004-2005.* Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé*. Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ, Montréal, 68 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Direction générale des services à la population, Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Gouvernement du Québec, Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, Direction générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - la santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*, Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2001). *La pratique de santé. Le Québec et ses régions*. Institut national de santé publique, Les publications du Québec, Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec, statistiques évolutives, 1982-1983 à 1997-1998*, MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007. Montérégie. Vers une action renouvelée en santé publique*. Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC*, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ)*. Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée :

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, E. Savoie et M. Lavoie (2005). *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Vaudreuil-Soulanges*. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition : Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique : René Lanviere

Remerciements : Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN : 2-89342-313-2
SANTÉCOM : 16-2005-008